

Volver al después del contagio

Las post-epidemias argentinas de la colonia a nuestros días

Yolanda de Paz Trueba, Olga Echeverría,
Silvana A. Gómez y Lucía Lionetti (Coords.)



Volver al después del contagio

Volver al después del contagio : las post-epidemias argentinas de la colonia a nuestros días / Lucía Lionetti ... [et al.] ; Coordinación general de Yolanda de Paz Trueba ... [et al.] . - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO/Facultad de Ciencias Humanas UNICEN, 2021.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-813-071-2

1. Sociología. 2. Pandemias. I. Lionetti, Lucía II. de Paz Trueba, Yolanda, coord.
CDD 301.098

Diseño de tapa: Ramiro López Crespo.

Corrección: Celia Ríos.

Diagramación: Nerina Menchón.

Volver al después del contagio

Las post-epidemias argentinas de la colonia a nuestros días

**Yolanda de Paz Trueba, Olga Echeverría,
Silvana A. Gómez y Lucía Lionetti**

(Coords.)



UNICEN
Universidad Nacional del Centro
de la Provincia de Buenos Aires



Facultad de
CIENCIAS
HUMANAS
UNICEN



CLACSO



CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales

Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

CLACSO Secretaría Ejecutiva

Karina Batthyány - Secretaria Ejecutiva

María Fernanda Pampín - Directora de Publicaciones

Equipo Editorial

Lucas Sablich - Coordinador Editorial

Solange Victory - Gestión Editorial

Nicolás Sticotti - Fondo Editorial



LIBRERÍA LATINOAMERICANA Y CARIBEÑA DE CIENCIAS SOCIALES

CONOCIMIENTO ABIERTO, CONOCIMIENTO LIBRE

Los libros de CLACSO pueden descargarse libremente en formato digital o adquirirse en versión impresa desde cualquier lugar del mundo ingresando a www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana

Volver al después del contagio (Buenos Aires: CLACSO, Diciembre de 2021).

ISBN 978-987-813-071-2



CC BY-NC-ND 4.0

© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales | Queda hecho el depósito que establece la Ley 11723.

La responsabilidad por las opiniones expresadas en los libros, artículos, estudios y otras colaboraciones incumbe exclusivamente a los autores firmantes, y su publicación no necesariamente refleja los puntos de vista de la Secretaría Ejecutiva de CLACSO.

CLACSO

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Estados Unidos 1168 | C1023AAB Ciudad de Buenos Aires | Argentina

Tel [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875 | clacso@clacsoinst.edu.ar | www.clacso.org



Este material/producción ha sido financiado por la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Asdi. La responsabilidad del contenido recae enteramente sobre el creador. Asdi no comparte necesariamente las opiniones e interpretaciones expresadas.

Índice

Introducción	7
<i>Lucía Lionetti, Yolanda de Paz Trueba, Olga Echeverría y Silvana A. Gómez</i>	
La pospandemia entre los vaticinios de cambios profundos y las modestas oportunidades	25
<i>Diego Armus</i>	
La larga lucha contra el flagelo del “monstruomoteado”. De la inoculación variólica al descubrimiento de la vacuna	37
<i>Lucía Lionetti</i>	
Cuando la fe sana. Los recursos religiosos tradicionales en la enfermedad y la epidemia.....	83
<i>Jesús Binetti</i>	
Las epidemias, durante y después. Saber médico, competencias políticas y gente común: de acciones, resistencias y consecuencias.....	115
<i>Yolanda de Paz Trueba</i>	
No hay aquí inmunidad para nadie. Epidemias, imágenes y sensibilidades en Buenos Aires, 1857–1887	135
<i>Lucas Andrés Masán</i>	
¿Visitas inesperadas? Epidemias en la frontera de Buenos Aires en el siglo XIX	181
<i>Lucas Bilbao y Marcelino Irianni</i>	

De cómo las pandemias transformaron la ciudad donde vivís.....	227
<i>Jorge Troisi Melean</i>	
Ver para creer. Imágenes en revistas argentinas antes, durante y después de la <i>gripe</i> (1900–1930)	247
<i>Silvana A. Gómez</i>	
La Cruz Roja, la enfermería y la pandemia de influenza en el escenario latinoamericano (1918–1938).....	287
<i>Adriana Carlina Álvarez y María Silvia Di Liscia</i>	
Reflexiones sobre los cuidados sanitarios ante situaciones críticas en Argentina.....	315
<i>Karina Ramacciotti y Daniela Testa</i>	
Cuerpos débiles, voces silenciadas. La alianza médico–pedagógica en las escuelas y colonias de niños débiles	349
<i>Lucía Lionetti</i>	
El brote de polio de 1956: políticas sanitarias en disputa, asociacionismo y respuestas científicas	387
<i>Olga Echeverría</i>	
Prejuicios y estigmatización. Consecuencias psicosociales del Mal de Hansen.....	413
<i>Irene Molinari</i>	
VIH-sida: las políticas sanitarias y el activismo frente a la sanción moral, los prejuicios y el desconocimiento	439
<i>Olga Echeverría</i>	
A modo de epílogo	467
<i>Olga Echeverría, Lucía Lionetti, Yolanda de Paz Trueba y Silvana A. Gómez</i>	
Sobre los autores y autoras.....	491

Introducción

Lucía Lionetti

Yolanda de Paz Trueba

Olga Echeverría

Silvana A. Gómez

La inseguridad nos afecta a todos, inmersos como estamos en un mundo fluido e impredecible de desregulación, flexibilidad, competitividad e incertidumbre endémicas, pero cada uno de nosotros sufre ansiedad por sí solo, como un problema privado, como un resultado de problemas personales y como un desafío a su *savoir faire* y agilidad privadas. Se nos pide, como ha observado ácidamente Ulrich Beck, que busquemos soluciones biográficas a contradicciones sistémicas; buscamos la salvación individual de problemas compartidos
(Bauman, 2009, p. 14).

Esta oportuna reflexión de Bauman adquiere una singular significación en el contexto de la realidad de este tiempo. La sensación de inseguridad y de una “sociedad en riesgo”, al decir de Beck, se vio atizada por la inasible presenciadel covid-19que signó nuestras experiencias vitales como nunca lo hubiéramos pensado ante el vertiginoso avance científico y tecnológico que la humanidad parecía haber alcanzado. En un mundo—con muchas deudas y saldos pen-

dientes—donde una parte de la humanidad parece tener acceso al beneficio tan ansiado del bienestar general, todo hacía parecer que los brotes de pestes, endemias o epidemias eran cuestiones del pasado y, de ocurrir, serían parte de los *otros*: ese otro mundo atrasado y poco previsible, ese de la cara más oscura del capitalismo global, signado por la pobreza, la ausencia de políticas sanitarias, el retraso cultural y de inestabilidad política. Sin embargo, otro virus y otra pandemia han llegado sin previo aviso. Como afirma Diego Armus en este mismo libro,

[...] al siglo XIX lo siguió el siglo XX y al final del siglo XX y comienzos del XXI, lo va a seguir el siglo XIX. Un modo de decir que las epidemias habían regresado. Por distintas razones y de la mano de nuevos agentes patógenos o cepas renovadas de algunos ya conocidos, esos brotes estallan al alterarse el inestable equilibrio que reina entre los seres humanos y el medio ambiente en que viven”.

Podemos decir que ese comentario irónico y anticipador que circulaba entre los epidemiólogos, a finales de los años setenta del siglo pasado, se volvió una dolorosa realidad. Ya desde hace algunos años —y con una recurrencia mayor de las que nuestras expectativas habían previsto— el miedo atávico hacia nuevas enfermedades infecto-contagiosas como el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] en los años ochenta, y el ébola, el ántrax, o las pestes porcinas y aviar, las “nuevas pestes” del siglo XXI, causan inquietud a escala mundial. Estas catástrofes humanas ponen en evidencia el límite del conocimiento ante las mutaciones de los virus y las zoonosis, cuestión que deja más que en claro la vulnerabilidad humana.

En este escenario de aceleración del ritmo de vida, donde se estrechan las geografías y los contactos como nunca antes en nuestra historia, la cadena de circulación del virus y del contagio en pocos meses involucró a la población mundial. Sin diferenciar condición económica, sexual, étnica, religiosa y etaria el virus puede atacar. La amenaza de ese enemigo desconocido nuevamente ha generado

el miedo y la angustia colectiva. Invisible y silencioso, ha puesto en jaque a distintos gobiernos, ha promovido acciones que nos remontan al pasado como la cuarentena y la reactivación de la presencia cotidiana de los consejos médicos –que se reformulan sobre la marcha– difundiendo las normas de cuidado higiénico y el aislamiento preventivo y social. De forma descarnada podemos vivenciar –como sociedad y como individuos– situaciones extremadamente dolorosas como enfrentar la muerte sin poder transitar esos ritos de paso que, culturalmente, la hacen más llevadera e incluso aceptable, para lxs agonizantes y lxs familiares. De hecho, los medios de comunicación se han encargado de difundir imágenes tristes que quedarán grabadas en nuestras retinas.

Como ha planteado, Bárbara Tuschman (2014), en su estudio sobre la Peste Negra de 1348, las consecuencias de aquella tragedia de la humanidad –como la guerra– habían traído ruina económica, revueltas sociales, aumento de los precios, especulación monetaria, amoralidad, caída de la producción, indolencia, ostentación, derroche, histeria colectiva, exaltación religiosa, desorden administrativo, codicia, avaricia, vida disoluta y decadencia. Aquel era otro escenario lejano en el tiempo y en cuanto al orden social y la cosmovisión que lo sustentaba. Pero, muy a nuestro pesar, en tanto nos reconocemos como una sociedad civilizada, atravesada por el progreso que superó el tradicionalismo atávico y el pensamiento mágico-religioso de aquellos tiempos, algunos de los efectos económicos y reacciones sociales aparecen semejantes más allá de lo que se quiera ocultar y negar. Cómo no reconocer que estamos muy cercanos a ese pasado cada vez que se culpabiliza a los supuestos responsables de la pandemia, se incrimina a quienes se contagian o se discrimina al personal de la salud por ser señalados como vectores de contagio.

Esta pandemia que nos toca vivir es una más y, seguramente, no la última de esas conmociones que paran la vorágine de la sociedad para mostrar la impotencia y la debilidad de sus andamiajes materiales. Epidemias, endemias, pandemias y enfermedades ponen palmariamente en evidencia las desigualdades sociales e incluso las

potencian. Las crisis económicas y la inestabilidad social y política que generan agravan las condiciones de vida de miles de hombres, mujeres y niños, de esa gente común que queda más expuesta al contagio y los efectos adversos que las pandemias provocan. Es tan traumático e intenso lo que se vivencia que se espera –diríamos que infructuosamente– que, después de esas catástrofes, se asista a un ejercicio de introspección subjetiva y colectiva que permita revisar cómo reaccionamos frente a lo acontecido. Sin embargo, también sabemos que en ese después no se ha generado un ejercicio de introspección que promueva la conciencia de un cambio necesario en la que la solidaridad común permita la reconstrucción colectiva de los daños causados. Por qué pensar que lo haremos en esta sociedad en la que se ha potenciado y exaltado la individualidad.

Movilizadas e interpeladas por todo ese repertorio de reacciones y situaciones que nos atraviesan, pero también por nuestra pasión por la Historia, procuramos generar –desde nuestro modesto lugar y saber– un aporte para volver a analizar contextos de epidemias y enfermedades para dar cuenta de esos escenarios de las pospandemias. Como integrantes de cátedras de Historia Social General del Departamento de Historia de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, nos propusimos reflexionar sobre las pandemias desde una perspectiva histórica. Pensado para docentes y para el trabajo del aula, publicamos *Epidemias, tratamientos y efectos sociales a través del tiempo. Reflexiones para la enseñanza y el aprendizaje desde una perspectiva histórica* (UNICEN, 2020).

La prolongación de la pandemia y de las cuarentenas, los aislamientos y los distanciamientos físicos, los efectos económicos, sociales, culturales, institucionales y políticos, el incremento de contagios y de víctimas fatales, nos impulsaron a pensar en un nuevo texto que abordara también la salida de la pandemia. Con este objetivo convocamos a especialistas en temas relacionados con la historia social de la salud, la enfermedad y los sistemas sanitarios, quienes generosa y

entusiastamente, sumaron su producción a este proyecto que permitió dar forma a este libro ayudándonos a pensar y pensarnos.

Transitar las mutaciones culturales y quiebres emocionales, mostrarlas brechas y las desigualdades sociales que se profundizan, las nuevas formas del cuidado de la salud, las experiencias de los laboratorios y la mercantilización de las vacunas, las resistencias a las campañas de vacunación, las reconsideraciones sobre el diseño de las políticas sanitarias, las transformaciones de los escenarios urbanos, etc., son algunos de los tópicos por los que transitan las páginas siguientes. Una grilla de cuestiones que, en este escenario de incertezas y a la luz de las experiencias pasadas, lleva a plantearnos nuevos interrogantes como: ¿será posible que las actitudes sociales ante las pandemias, enfermedades y pestes sigan presentes, de forma latente en nuestro subconsciente colectivo?, ¿Qué percepción tuvieron las sociedades del pasado y la nuestra ante una enfermedad desconocida? ¿Contamos con repertorios culturales, políticos, económicos para superar psicológicamente los efectos de una pandemia? ¿Subyace ese miedo ancestral hacia una muerte inminente? ¿Los intereses particulares influyen en las respuestas políticas a la pandemia? ¿Existen consensos en pos del bien común y de la salud colectiva? ¿Cómo asimilaba o asimila la población la llegada del contagio? ¿Cómo se sobreponían –y nos sobreponemos– a una muerte catastrófica? ¿Cómo se interpretaba y se interpreta la inmediatez de la muerte? Interrogantes que, de un modo u otro, se transitan a lo largo del texto con enfoques macrohistóricos en diálogo con aproximaciones y escala de análisis micro.

Un recorrido a lo largo de estas experiencias pasadas que encuentra su punto de inicio en la colaboración de Diego Armus, oportunamente publicada en la Revista Ñ, y que ha tenido la gentileza de permitir que abra el recorrido de este libro. Su aguda reflexión sobre este escenario de la pospandemia, los vaticinios de cambios profundos y las modestas oportunidades que se presentan para nuestra sociedad es el aporte de un historiador sensible que puede viajar al pasado para mostrar que esta incómoda experiencia de li-

diar con la epidemia no ha generado transformaciones espectaculares y por el contrario han sido más frecuentes las inercias y los acomodamientos.

Cambios menos sorprendentes y acomodamientos de los que efectivamente se pueden dar cuenta cuando esos virus se transforman en endemias o enfermedades crónicas que azotan a la población de manera constante y amenazante, pero con las que conviven en su devenir cotidiano. Eso fue lo que ocurrió con la viruela que la humanidad padeció por siglos y que recrudesció en su alcance y su capacidad de sembrar la muerte en el transcurso de los siglos XVI al XVIII, cuando ese mundo europeo en expansión –producto de las empresas conquistadoras y colonizadoras– se puso en movimiento conectando los continentes, transportando metálico, mercancías, esclavos y al propio virus. Ese fue el punto de quiebre demográfico, junto con otras enfermedades, para los pobladores de la América colonial. Precisamente de esta cuestión y de la larga lucha que la humanidad debió afrontar, pasando por las primeras experiencias de inoculación/variolización, la llegada de la vacuna y las reservas de algunos sectores de la sociedad hasta que, en 1977, la Organización Mundial de la Salud [OMS] declarara erradicada la enfermedad, es lo que plantea en su escrito Lucía Lionetti.

En ese contexto de avance del capitalismo comercial que convivió con la preponderancia de la matriz religiosa, la sucesión de enfermedades y de epidemias fueron una constante. Viruela, cólera, tifus, sarampión, gripe (romadizo), escarlatina, paperas, entre tantas otras, asolaron a las poblaciones, provocaron caídas demográficas catastróficas. La crueldad de la muerte cercana y de las enfermedades que acechaban a las comunidades muestra de qué modo apelaban a la medicina y la religión como dos búsquedas –y dos respuestas– complementarias con el fin de recobrar la salud, tal como explica en un sugerente trabajo Jesús Binetti. Si bien siempre se apeló al recurso médico, el autor puede mostrar la latencia de los ritos religiosos, vinculados a una de las principales y más tradicionales funciones reco-

nocidas en la religión: hacer sentir a los hombres y las comunidades a “salvo del mal” (Durkheim, 1982 [1912]). Como afirma el autor,

[...] más allá que la calamidad subsistiera, y el auxilio divino no se manifestara, no era motivo para cesar con los intentos de recurrir a la intervención divina. El hecho que la oración mitigara la angustia del trance justificaba su sostenimiento y constante renovación.

Al desplegar esos rituales religiosos, al mismo tiempo, en el marco de esas vidas en comunidad podían, además, reforzar la autoridad de los religiosos frente al vecindario tal como refieren Marcelino Irianni y Lucas Bilbao en el marco de la frontera bonaerense del siglo XIX. En un trabajo que nos aproxima a un espacio concreto de estudio, donde es posible recuperar las reacciones, vivencias y recursos a los que se apelaban para mitigar el efecto de estas enfermedades, los autores se aproximan a esas comunidades que recibían estas “visitas inesperadas” alterando su cotidianeidad. Ese fantasma que recorría la inmensidad de la Pampa, eran las bacterias que

[...] viajaban como panaderos desprendidos de un diente de león al viento donde las figuras del médico y los curas devenían en “especialistas en muertes [...] que visitaban con júbilo a un enfermo recuperado, pero sus vidas rondaban el desgarró que los decesos por epidemia generaban al interior de las familias.

Al tiempo que esa travesía de virus y bacterias sembraba la muerte, se tomaban medidas sanitarias como aquella que prohibía que los cuerpos de los enfermos pasaran a recibir el responso final por la Iglesia, mientras se solicitaba a las autoridades religiosas la mayor responsabilidad. La meta era la de conseguir frenar cualquier amenaza de brotes epidémicos para lo cual no se escatimaron esfuerzos y recursos. Esfuerzos orientados a modificar hábitos o generar otros –tan incorporados en nuestros días– como el del baño regular, o modificar el paisaje de las ciudades liberándolas del riesgo de la contaminación, los olores pútridos y el miasma. Una preocupación

gestada desde hacía tiempo pero que, en el escenario de la segunda mitad del siglo XIX, alcanza una dimensión singular producto del acelerado ritmo de crecimiento y urbanización al que se asiste con la industrialización, las migraciones y desplazamientos de las gentes buscando nuevas oportunidades.

Ese escenario de la campaña bonaerense y la aldeana Buenos Aires de los años cincuenta en el siglo XIX, con sus escenas cotidianas, van a sufrir cambios acelerados producto del arribo de los nuevos rostros que portaba la inmigración. De la vecindad y la comunidad se hará un pasaje a la gran ciudad. Esa experiencia la vivió la ciudad de Buenos Aires con sus luces y sombras, que encontró como musa inspiradora para su renovado diseño urbano a la ciudad de París, consagrada en la Feria de 1889 como la Ciudad Luz. Son los tiempos en los cuales, como explica Jorge Troisi Meleán, la elite argentina invirtió el triple de presupuesto estadounidense para mostrar los bienes del país. El éxito de esa empresa se tiñe con la muerte sintomática por tuberculosis de Eugenio Cambaceres, quien fuera el representante elegido para erigir el pabellón argentino en aquel evento. A lo largo del capítulo, el autor explora la historia de las ciudades modernas en su relación con las pandemias. Por eso se pregunta: ¿de qué manera se configuraron las ciudades modernas y cómo su diseño fue afectado por las pandemias? Como analiza, las ciudades decimonónicas se transformaron a partir del cruce de tres fenómenos concomitantes: su crecimiento exponencial como consecuencia de los procesos de industrialización; la globalización de la economía –que generó una circulación de bienes y de personas de magnitudes impactantes, y unos saberes higiénicos que estaban relacionados con la apropiación de los espacios a través de la calidad del aire y del agua. La forma que adoptaron París y otras ciudades europeas para solucionar sus problemas sanitarios, políticos y sociales cambiaron para siempre su configuración y afectaron profundamente el lugar en donde se vivía.

Esas transformaciones fueron más que evidentes para los contemporáneos porque quedaron señales, actos visibles como el “blan-

queamiento” de edificios, tal como sucedió en Buenos Aires. Aquellas medidas devinieron en actos icónicos, como un modo de influir significativamente en la higiene, visualidad y moralidad públicas, justamente en un momento donde una epidemia mostraba sus primeros indicios de dolor y muerte. Acciones que revelan una filigrana de hondas preocupaciones vinculadas a una nueva forma de concebir la sociedad, el entorno y la interacción entre sus componentes. Como explica Lucas Andrés Masán, ese itinerario de enfermedades pone de relieve una sensación de vulnerabilidad que la sintetiza con la frase pronunciada por el médico Juan Corradi durante el brote de cólera de 1867: “No hay aquí inmunidad para nadie” con la cual titula su presentación. A partir de los registros de las marcas visuales que dejan tras de sí las epidemias de cólera y fiebre amarilla, traza un recorrido para auscultar esa trama compleja que configuró una sensibilidad colectiva que valoró la higiene y la limpieza como pautas de un espíritu civilizado que deploró la suciedad, el hedor y la fetidez. Esas epidemias que marcaban con los colores de la fatalidad la experiencia ciudadana de explosión urbana. Episodios que consagraron a nuevos “héroes” y que llevaron a una construcción iconográfica del “panteón de los guardianes de la salud” como sugerentemente plantea.

Pero el esfuerzo de esa *intelligentia* médica por difundir las medidas profilácticas, a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, entra en contradicción ante un nuevo virus que irrumpió y fue capaz de mostrar su poder de daño. Esas medidas higiénicas no pudieron detener el brote de la influenza española, gripe española o *grippe* que azotó a la Argentina entre 1918 y 1919. Nuevamente la incertidumbre llevó a preguntarse cómo era posible una nueva epidemia. ¿Qué propia batalla debían librar? ¿Contra qué? ¿Cómo? ¿Y después, qué? Interrogantes que no están lejanos a los que nos formulamos en nuestro presente. En aquel momento se apeló al poder de comunicación de las imágenes de las publicaciones, en el marco de un ecosistema gráfico complejo que se había expandido a gran ritmo, que no fue ajena a lo cotidiano reflejando en sus páginas el tratamiento de las

enfermedades y epidemias. Como analiza en su texto Silvana A. Gómez, en ese contexto de extendida incredulidad, las revistas ilustradas buscaron visibilizar a las enfermedades como un enemigo *a priori* invisible, reparando en los peligros que aparejaba su existencia. Nada más contundente que las imágenes que nos muestra la autora: “ver para creer”.

Estas epidemias que ponían en jaque la eficacia del poder médico también hacían visible lo invisible. Como afirman Yolanda de Paz Trueba e Inés Molinari, se estableció un vínculo entre pobreza y enfermedad que llevó a estigmatizar a las víctimas. Se descalificaron modos de vida de los sectores populares, considerados responsables de los asaltos que la ciudad recibía por parte de la peste. En este sentido, la vigilancia del cotidiano movimiento de los barrios de obreros, se tornó constante en los comienzos del nuevo siglo, como desarrolla de Paz Trueba en su escrito. Se aunaron la preocupación sanitaria con el progreso y la cuestión social. Aquella preocupación llevó a intervenir en los ámbitos privados, que generaron disputas entre autoridades y pobladores, pero también hubo tensiones entre poderes médicos municipales y nacionales. Si la denuncia de miasmas, letrinas y otros aspectos relativos a la salubridad fueron centrales, la persistencia en la desinfección y la salubridad escondían también otros propósitos menos evidentes como la puja por delimitar áreas políticas de competencia, como la autora sostiene retomando aportes de otros trabajos.

Si a escala local los conflictos de intereses se potenciaban producto del afán de implementar políticas sanitarias, el drama de los conflictos bélicos llevó a que en 1864, la Conferencia Internacional de Ginebra diera origen a un organismo internacional de carácter neutral que asistiera a heridos y enfermos de las batallas. Una respuesta humanitaria ante tanta tragedia fue lo que marcó como hito histórico el surgimiento de la Cruz Roja [CR]. Como explican Adriana Álvarez y María Silvia Di Liscia, al momento del desarrollo de la pandemia de influenza en 1918, la CR contaba con algunas filiales en los países del Cono Sur, lo que lleva a las autoras a plantear cómo la pre-

sencia de esta pandemia impactó a la organización en sus diversos grados y formas organizativas en los países de América Latina. Los altos niveles de mortalidad que provocó movilizaron una sucesión de cambios no solo en las instituciones públicas de salud sino también, en organizaciones no gubernamentales como la CR. Las estrategias de médicos y enfermeras debieron cambiar ante la magnitud de la tragedia. Los galenos se vieron desbordados por la situación ante la alta morbimortalidad y la ausencia de respuestas científicas claras y contundentes. Las enfermeras, por el contrario, aprovecharon esta situación para ejercer sus funciones bajo los ideales de cuidado intuitivo y maternal. Sin embargo, tal como fundamentan las autoras, aquella es solo parte de una explicación de mayor complejidad que involucra al proceso de profesionalización de la enfermería en general y al nuevo rol que la CR decidió jugar en un mundo que dejaba atrás a su principal motor de existencia como era la guerra. A partir de entonces, esta organización buscó legitimar su presencia emprendiendo (entre otras acciones) cambios en las modalidades de formación de las enfermeras de la CR. Esta institución era, desde fines del siglo XIX, una (y quizás la principal) formadora del personal de enfermería.

En esa clave de pensar a las mujeres en su rol de cuidadoras y de encontrar una salida laboral “decente” que no pusiera en tensión el orden patriarcal, Karina Ramaciotti y Daniela Testa plantean de qué modo las crisis políticas, las epidemias y catástrofes naturales contribuyeron a que las mujeres, en su rol naturalizado de cuidadoras, tuvieran un rol más visible. Como sostienen, la enfermería –siguiendo a otros aportes– ocupa una posición subordinada y sufre procesos de precarización laboral tal como se puede advertir en estos tiempos. Situaciones que no son nuevas entre los trabajadores y las trabajadoras de la salud y que retoman con su contribución en torno a tres manifestaciones en las que se ejemplifica que la feminización de los cuidados es producto de un proceso histórico. Pero, al mismo tiempo, fueron en esos momentos de crisis donde se potenciaron las posibilidades de lograr espacios profesionales en los cuales las enfer-

meras tuvieran un rol un poco más protagónico. De hecho, tal como señalan Adriana Álvarez y María Silvia Di Liscia, las escuelas de enfermeras de la Cruz Roja Argentina tuvieron una importante expansión luego de los terremotos de Mendoza (1929) y de Salta (1930), y lograron incrementar el interés de mujeres jóvenes en capacitarse en tareas humanitarias para dar respuesta a situaciones de desastres, pero la necesidad de recursos humanos capacitados tomó mayor relevancia nacional luego del sismo de San Juan.

Del cuidado de la niñez débil también se encargaron las mujeres. Ellas eran las indicadas para esa “maternal” labor. Maestras, damas de la beneficencia, religiosas, desde las escuelas públicas a las instituciones particulares participaron de esa tarea de “rescatar” a esa niñez enferma o en riesgo de padecer tuberculosis, aquel flagelo – junto a la sífilis y el alcoholismo – que marcó la agenda de la medicina preventiva y profiláctica de la primera mitad del siglo xx. Con algunas continuidades en nuestro tiempo, las infancias preocuparon, desvelaron, conmovieron, pero también, incomodaron porque podían alterar el orden y la seguridad si se desviaban. Ese abanico encontrado de sentimientos revelaba la urgencia de diseñar o, en su defecto, rever las políticas públicas que salvaguardaran – como analiza Lucía Lionetti – a la niñez pobre del riesgo de perderse. En el marco de ese escenario en el que la “cuestión social” estuvo teñida por la intranquilidad e incertidumbre que provocaba ese nuevo conglomerado de situaciones propias de esa sociedad receptora de una inmigración que no necesariamente era la esperada, hizo que a la higiene defensiva se le sumara una nueva versión que combinaba la preocupación por la salud, la plenitud física y la perfección moral. Las elites sentenciaron que el cuerpo de la nación estaba enfermo. Los cambios científicos habían promovido ese desplazamiento en el cual la enfermedad quedó asociada a lo social. La salud pública preventiva necesitaba del auxilio de todas las instituciones, y la escuela pública estuvo en el foco de atención para detectar y atender a esa niñez pobre y débil. Los novedosos aportes de la medicina, la eugenesia y la puericultura, junto a otras disciplinas como la pediatría, la

psicología infantil y la criminología, fueron el basamento científico para promover la creación de escuelas y colonias para esos niños diagnosticados como débiles. Una intervención médico-pedagógica que generó nuevos espacios donde esa niñez quedaba especialmente atendida con una dieta alimentaria adecuada, ejercicios físicos apropiados y al contacto de la luz y el sol que el hacinamiento de las viviendas y de las propias aulas la privaban. Un esfuerzo en pos de rescatar a esos cuerpos frágiles para convertirlos en futuros ciudadanos saludables para la república.

Eran los tiempos en los que irrumpieron nuevos saberes para atender a la niñez, entre ellos, la Nueva Pediatría promovida por Florencio Escardó, quien entre todas las medidas que promovió respecto al cuidado físico, emocional y psíquico de sus pequeños pacientes, puso en práctica el acompañamiento de las madres durante la internación de sus hijos e hijas víctimas de un nuevo flagelo: la poliomielitis. Según explica Olga Echeverría, esta epidemia afectó tanto a grupos sociales acomodados como populares y desafió la capacidad de la medicina y las prevenciones de las medidas higiénicas. La presencia de los enfermos crónicos, las imágenes de la “legión de niños lisiados” y la carga social que ello significaría en el futuro, tal como argumenta, planteaban ansiedades amenazantes que se respiraban en el clima urbano de la época y que requería de urgentes soluciones. La angustia y la incertidumbre afectaban tanto a la sociedad como a los propios médicos. Esa perplejidad gestó acciones públicas y políticas en busca de fondos que aportaran a la solución del problema y dieran contención a los afectados que podían quedar inhábiles de por vida. Claramente, allí los cuerpos frágiles y los sectores más vulnerables eran los más afectados. La polio se relacionaba para ellos mucho más con la privación de los placeres inmediatos (comer alimentos demasiado calóricos, entrar al mar con los pies descalzos) que con una interdicción ominosa sobre el futuro. La polio no solo fue una condena que cargaron los que se vieron afectados, sino que también implicó miedos y traumas en quienes atravesaron brotes epidémicos. Pero incluso la enfermedad de la polio estuvo atravesada-

da por incomprensibles batallas políticas. De hecho, como lo plantea Echeverría, con la crisis de los últimos años del gobierno peronista, la expansión sanitarista se frenaría significativamente, pero también por el accionar del gremio médico, de los sindicatos y de las organizaciones mutualistas y de caridad frente a un sistema de atención médica socializado o estatizado. Las políticas sanitarias también fueron parte de las disputas entre peronistas y antiperonistas, que se acusaban mutuamente de falta de eficacia y abandono de las cuestiones sanitarias.

Si de abandono y estigmatización de los cuerpos enfermos se trata, nada más doloroso que el padecimiento de la lepra. Como explica Inés Molinari, aquellos que caían en la desgracia de ser víctimas de esta enfermedad perdían el estatus de ciudadano, sujeto de derechos constitucionales. El enfermo dejaba de decidir sobre sí, al igual que un condenado por razones delictivas. Perdía la condición de ser un ciudadano necesitado de cuidados médicos. De esta manera, al individuo poseedor de una enfermedad contagiosa rápidamente se lo rotulaba como una amenaza, un enemigo público y, por lo tanto, era necesaria la intervención de las fuerzas represivas tales como la policía o el ejército, para separarlo de su familia, recluirlo por tiempo indeterminado o sofocar los conflictos protagonizados por los enfermos de lepra. La sociedad los relegó al abandono o al confinamiento forzoso hasta buena parte del siglo xx. Como explica la autora respecto al mal de Hansen, no son pocos los países en donde los enfermos no gozan de ese estado de bienestar. Por eso, a la lepra se la considera una de las enfermedades “desatendidas”, dado que la mayoría de los pacientes provienen de sectores vulnerables: falta de acceso al agua potable, viviendas precarias, entornos contaminados, ingresos insuficientes, mala alimentación. Reveladores son los dichos que recupera de Terencio de las Aguas, experto de la OMS, cuando afirma que esta enfermedad forma parte del patrimonio de pobreza, miseria y dolor de la humanidad, debido a la estigmatización social y al rechazo de los sanos hacia los enfermos. No existiría otro ejemplo en la historia de negación de los derechos humanos

y crueldad colectiva sobre dos millones de personas cuyo supuesto delito fue contraer la lepra. Considerada una enfermedad maldita o un castigo de Dios por las marcas profundas corporales y las deformaciones, se llegó a pensar que quienes la sufrían tenían una moral indeseable extendida a todo al grupo familiar.

Sin duda esta mirada acusatoria y de extrema insensibilidad puede encontrar otro posible parangón con otra enfermedad estigmatizante y condenatoria como el HIV-sida. Como explica Olga Echeverría, la irrupción de la enfermedad se asoció a cambios culturales y comportamientos sexuales operados en las décadas precedentes. Cambios que atizaron pánicos morales e involucraron un conflicto cultural. Por un lado, había resistencia, innovación y algunas veces provocación; por el otro, indignación y furia. Existía, consecuentemente con la noción de perturbación moral, una gran cantidad de energía emocional en ambas partes: la policía perseguía al “desviado” celosamente, los medios alentaban la controversia, el público seguía con avidez la indignación y los “pervertidos” eran impulsados y a veces reconstituidos por la respuesta. Hay energía, fascinación y algo lindante con el disfrute: los pánicos morales, como el crimen, son eventos seductores. Para aquellos que entraban en pánico en ese mundo que se subvertía, muchos de ellos religiosos, derechistas y supremacistas, tenía que haber un correctivo moral para semejante “desviación y decadencia”. Así, esos sectores conservadores y punitivistas de las sociedades occidentales y no solo de ellas, leyeron al sida en los años ochenta, en tiempos de feroz neoliberalismo, muy conservador en lo social, como el castigo a la revolución sexual por el desmoronamiento de los valores familiares tradicionales, el desencanto de la guerra de Vietnam, la desdramatización de las enfermedades de transmisión sexual gracias al descubrimiento de la penicilina y a la utilización masiva de anticonceptivos. Pero, como reflexiona la autora, fundamentalmente se acusó y denigró al Movimiento de Liberación Gay y a los usuarios de drogas endovenosas como los grandes culpables del descontrol y, por tanto, merecedores de la condena del sida, llamada “la peste rosa” y el “cáncer gay”.

Con esta enfermedad a la que todavía no se le ha encontrado una vacuna, sino una atención médica paliativa, se cierra esta contribución con un epílogo en el que se sugieren una serie de disparadores para continuar reflexionando. A lo largo de este recorrido, algunas cuestiones quedan claramente evidenciadas y es que las enfermedades de gran escala, son al decir sugestivo de Arlette Farge (2008), “[...] una inspiración para nuevas economías de los cuerpos y nuevas maneras de soportar el conjunto de las penas más grandes” (p. 149). Nuevas maneras de renovar también esos síntomas del temor lacaniano que llevan a reflexiones oportunas como las de Judith Butler (2020), cuando a propósito de esta nueva pandemia, dice que “vivimos tiempos de miedo” por eso vale preguntarse cómo vivimos una vida en un mundo en estas condiciones. Una pregunta inquietante para una respuesta que nuevamente interpela el propósito de una vida en sociedad:

Si nos hacemos la pregunta de cómo vivir ahora la respuesta parece que se encuentra entre el ambiente y la sociedad. Si el aire que yo respiro es el que vos respirás y compartimos la superficie del mundo, entonces nadie vive para sí mismo. No hay un vivir individual sin un mundo económico y social que sostiene al mundo. No solamente vivimos juntos en proximidad, sino que vivimos en las manos de los demás, vivimos en la respiración de los demás. No es solo en el momento del nacimiento que estamos en manos del otro. En la vida dependemos: uno de los otros, somos criaturas sociales. El refugio, el alimento y la salud están vinculados éticamente y esa es la demanda para lograr justicia social.

Bibliografía

- Bauman, Zygmunt (2009). *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*. Madrid: Siglo XXI.
- Butler, Judith (23 de septiembre de 2020). ¿Cómo vivir *ahora*? Recuperado de <<https://www.argentina.gob.ar/noticias/pensar-en-tiempos-turbulentos-judith-butler>>
- Beck, Ulrich (1998). *La sociología del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Durkheim, Émile (1982 [1912]). *Las formas elementales de la vida religiosa. El sistema totémico en Australia*. Madrid: Akal.
- Farge, Arlette (2008). *Efusión y tormento. El relato de los cuerpos. Historia del pueblo en el siglo XVIII*. Madrid: Katz.
- WertheimTuchman, Barbara (2014). *Un espejo lejano: el calamitoso siglo XIV*. Barcelona: Ariel.

La pospandemia entre los vaticinios de cambios profundos y las modestas oportunidades¹

Diego Armus

Todos los días se renuevan las especulaciones sobre los legados de la pandemia del covid-19. Ofrecen vaticinios para el corto, mediano y largo plazo. Hay de todo: los que piensan que las ciudades serán distintas, los que vislumbran un mundo sin besos y sonrisas por el uso de las mascarillas, los que ven en ellas la señal de que China muy pronto dominará el mundo, los que encuentran en la virtualidad de *Zoom* el anticipo de cuán superfluos están deviniendo los cuerpos, los que afirman que el apocalipsis económico de la pospandemia no tendrá precedentes, los que están convencidos que se está frente a la mayor crisis en la historia del capitalismo, los que frente a las desigualdades que la pandemia pone al desnudo repiten recetas conocidas e ineficaces, los que aseguran que la mortalidad de esta pandemia no es tan aguda porque la comparan con la de enfermedades bien conocidas, ignorando que es producida por un virus nuevo sobre el que todavía se sabe poco y para el que se carece de terapias eficaces y vacunas.

¹ Este texto fue publicado originalmente en *Revista Ñ*, Argentina, el 16 de julio de 2020.

Son vaticinios –inevitables y sinceros– que no pierden tiempo en considerar que la pospandemia tal vez traiga no más que oportunidades, a veces muy modestas. Les incomoda lidiar con la epidemia en tanto acontecimiento extraordinario en el constante fluir de la experiencia histórica, con frecuencia sin cambios espectaculares y con muchas inercias y acomodamientos.



Un conductor de tranvía rechaza la entrada de un viajero que no usa mascarilla en Seattle, Washington, durante la epidemia de gripe española en diciembre de 1918.

Fuente: *Getty Images*

La pandemia de 1918 entre la historia y la memoria

Algo se sabe sobre la pandemia de influenza/gripe de 1918/19. La incertidumbre en que se desarrolló, las reacciones para gobernarla y los modos y tiempos con que la sociedad, la cultura y la economía procesó sus legados tal vez puedan invitar, mientras vivimos con el

covid-19, a vislumbrar con algo más de medida, realismo y sentido común la pospandemia.

Cuando la influenza/gripe no hacía más que sumar víctimas, el médico del ejército norteamericano Williams Vaughan escribió desolado: “nunca más hablaré de los grandes éxitos de la ciencia médica”. Su escepticismo resultaba de su impotencia frente a un patógeno cargado de incógnitas. En Estados Unidos y en Europa la pandemia fue devastadora. Pero en la India, Indonesia, Irán, Sudáfrica, Ghana, la Rusia soviética y Japón hizo estragos. También en China. Comparativamente en América latina fue menos brutal. España empezó a dar pública cuenta de sus muertos y por eso se habló erróneamente de la “gripe española”. Kansas, en los Estados Unidos, parece haber sido el lugar donde se originó, aunque el tema se sigue discutiendo. Entre 40 y 100 millones de personas, la mayoría jóvenes, murieron de influenza. Durante la pandemia y en años subsiguientes se logró entender algo de las razones que explicaban el brote epidémico, su sintomatología, la rapidez con que se transmitía, su letalidad en cada una de las olas con que la pandemia azotó al mundo. Se gastó mucho, y sin éxito, en el intento de sintetizar una vacuna.

Por un tiempo el agente patógeno de la influenza fue un interrogante. Recién en 1933 logró aislarse por primera vez el virus que la causaba, descartándose la hipótesis de que se trataba de una bacteria. Una década más tarde aparecieron las primeras vacunas contra la gripe. Pero sobraban las preguntas sin respuestas: qué fue lo que facilitó el desvanecimiento de la pandemia, cómo se produjo la atenuación de la contagiosidad del virus, cuál fue la relevancia de unas pocas intervenciones médicas específicas, cómo explicar su desigual impacto en distintos lugares del planeta, por qué mató a ciertos individuos y no a otros aun perteneciendo a los mismos grupos etarios, raciales o de clase.

A esas incertezas biomédicas deben sumarse otras propias de la salud pública. Por décadas se buscó entender si algunas intervenciones no farmacológicas tuvieron alguna influencia en el gobierno del contagio de la influenza. En los últimos años dos estudios cen-

trados en el caso estadounidense no solo concluyeron que en los pocos lugares donde se efectivizaron medidas de distanciamiento y aislamiento social, cuarentenas, cierre de escuelas, lavado de manos frecuentes y uso de mascarillas, el contagio pareció haberse mitigado. Uno de esos estudios también concluyó que el aislamiento no había sido lo suficientemente extendido como para evitar los subsiguientes picos de mortalidad, más brutales que el primero.

CARAS Y CARETAS

REVISTA SEMANAL ILUSTRADA JOSÉ S. ALVAREZ, Fundador
Año XXI BUENOS AIRES, 2 DE NOVIEMBRE DE 1918 N.º 1048

Profilaxis contra la gripe



Precauciones que tienen tomarse para evitar el contagio de la epidemia, y que son de resultados infelices.

Por J. G. G.

Caricatura de portada interna de la revista porteña *Caras y Caretas* de noviembre de 1918 en la que se ironiza sobre las muy diversas medidas que, se pensaba, podían mitigar el contagio de la gripe.

Fuente: *Caras y Caretas*, 2 de noviembre de 1918, (1048), p. 43



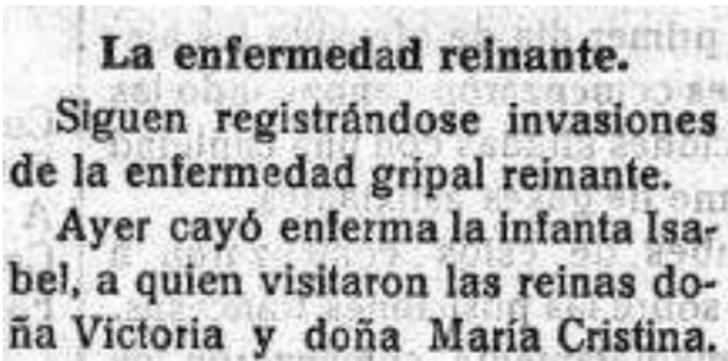
Personas esperando máscaras en San Francisco, Estado Unidos (1918). Detalle de fotografía.

Fuente: *Hamilton Henri Dobbin, California State Library*

La pandemia de 1918/19 cayó muy rápidamente en el olvido, aun cuando las siguieron otras menos letales en 1957/58, 1968 y 2009. El covid-19, un virus distinto de la influenza, permitió que la mortífera pandemia de comienzos del siglo xx gane cierta notoriedad. Si el correr de un siglo podría explicar que se la haya ignorado hasta hace apenas un par de meses atrás, sorprende constatar que en tan solo unos años de pasada la pandemia ya nadie la recordara. La influenza mató muchísimo más que la Primera Guerra Mundial pero las muertes de la guerra taparon a las de la pandemia en los titulares de los diarios, en las páginas de obituarios y en la memoria colectiva. Las muertes de influenza llegaron de improviso, tuvieron una presencia brutal pero corta y desaparecieron cuando el brote epidémico se desvaneció. Las muertes de la guerra lograron instalarse en la escena cotidiana por bastante más tiempo y evitaron caer en el olvido.

Tal vez porque esa guerra fue vivida como una tragedia causada por los hombres. En cambio la pandemia, saturada de incertidumbres biomédicas y de salud pública, tal vez haya sido vivida como un fenómeno brutal, inesperado e inexplicable que la memoria colectiva eligió olvidar.

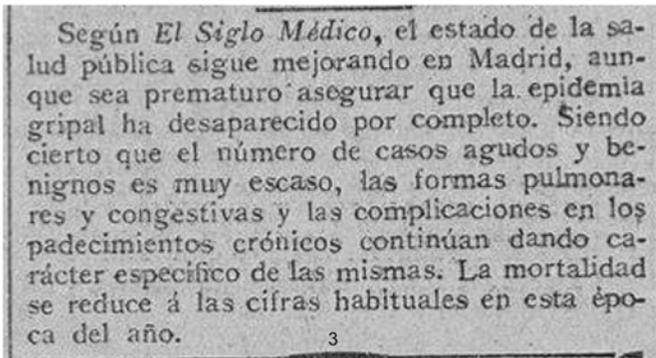
En 1921, *The Times* de Londres se preguntaba si la devastación traída por la influenza había sido convenientemente tapada por los horrores de la guerra. Scott Fitzgerald, John Dos Passos, Ernest Hemingway y otros –los grandes narradores de los años veinte norteamericanos– prácticamente no la mencionan en sus narrativas. Incluso los manuales escolares de historia estadounidense usados durante el siglo xx la ignoraron, reforzando en muchas generaciones el olvido colectivo. La pandemia agravó la penuria económica traída por la guerra pero los vibrantes y expansivos años veinte contribuirían a ignorarla con notable rapidez. Y todo indica que en los Estados Unidos y algunos países de Europa occidental fueron las respuestas gubernamentales a la crisis de 1929 –y no la pandemia de 1918/19– las que motorizaron algunas de las nuevas y más inclusivas políticas sociales en cuestiones de salud de las décadas del treinta y del cuarenta.



La enfermedad reinante.
Siguen registrándose invasiones
de la enfermedad gripal reinante.
Ayer cayó enferma la infanta Isabel,
a quien visitaron las reinas doña Victoria y doña María Cristina.

Artículo periodístico “La enfermedad reinante”.

Fuente: Publicado en *El Salmantino*, España. 31 de mayo de 1918, p. 1. (Año X, N° 2377).



Fuente: Artículo periodístico publicado en *La Correspondencia de España*, España. 30 de junio de 1918, p. 5 (Año LXIX, N° 22053).

Mascarillas y legados cotidianos

En Occidente la desmemoria ha marcado a la pandemia de 1918/19. Sus legados –además de las muertes– parecen haber sido modestos y en modo alguno inmediatos. Nada de “ya nada será igual”. Nada de “un antes y un después” traídos por la pandemia.

En Extremo Oriente la memoria fue menos despiadada y por eso ha logrado influir sobre la salud pública. El generalizado uso de las mascarillas es ilustrativo. En China no han faltado a lo largo del siglo xx en los empeños por mitigar los contagios. Aparecieron en el otoño de 1910 cuando un brote epidémico de neumonía azotó Manchuria. El taoísmo y las concepciones de la medicina tradicional china sobre los aires nocivos –todos anteriores a la bacteriología moderna– ayudaron a su masiva difusión y aceptación. Así, se usaron las mascarillas durante la pandemia de 1918/19 y también en la China de Mao y en la que la sucedió. La polución ambiental de las últimas décadas y las pandemias de 2002, 2006 y 2009 las reafirmaron no solo como un objeto de salud personal sino también como una evidencia de modernidad sanitaria. Y más allá de su eficacia, la mascarilla devendría en un gesto de civilidad destinado para mitigar

la propagación del contagio. En Japón ocurrió algo parecido, en particular luego de la epidemia de 1934. Y también en Corea.



En Manchuria, se utilizaron mascarillas durante las epidemias de neumonía de 1910–1911 y 1920–1921. Fotografía (detalle).

Fuente: *The University of Hong Kong Libraries*.



Barrendero utiliza mascarilla en New York, siguiendo las recomendaciones de la junta de salud de esa ciudad (1918). Detalle de fotografía.

Fuente: *Getty Images*

Con la pandemia del covid-19, en los veranos de Nueva York y Madrid o el invierno de Buenos Aires, y después de que se discutió su utilidad, las mascarillas son parte de la escena urbana. Aparecieron en los negocios y la gente las confeccionó. Hay quienes las usan disciplinadamente. Hay quienes las han estetizado en su diseño, colores y materiales. Hay quienes las politizan y se resisten a usarlas.

Las mascarillas no faltaron en Occidente durante la pandemia de 1918/19. Pero tal como aconteció con la memoria, terminaron arrumbadas. Albert Camus las mencionará en *La Peste*. Pero se trata, apenas, de una instantánea perdida en el olvido generalizado. Esta pandemia de 2020 trajo de vuelta a las mascarillas. Y en ese retorno hay quienes ya vaticinan la llegada de una nueva cultura del beso restringido. Tal vez debieran tomar nota de que en Extremo Oriente la gente no ha dejado de besarse, las usa cuando se siente enferma o cuando sabe que está viviendo en tiempos de epidemia. Las deja de usar cuando no las necesita. Nada de bruscas alteraciones culturales. Más bien sensatas acomodaciones, individuales y colectivas, a cambiantes coyunturas.



Convocatoria para participar de una protesta antimascarillas realizada en Chicago en enero de 1919.

Fuente: *Getty Images*

El siglo XIX en el XXI

A finales de la década del setenta circulaba entre los epidemiólogos un comentario irónico y anticipador: al siglo XIX lo siguió el siglo XX y al final del siglo XX y comienzos del XXI, lo va a seguir el siglo XIX. Un modo de decir que las epidemias habían regresado. Por distintas razones y de la mano de nuevos agentes patógenos o cepas renovadas de algunos ya conocidos, esos brotes estallan al alterarse el inestable equilibrio que reina entre los seres humanos y el medio ambiente en que viven.

Es cierto que ahora se cuenta con sofisticados institutos de vigilancia epidemiológica y que tal vez pueda lograrse sintetizar vacunas en tiempos más cortos que en el pasado. Pero ahora, también, la población del mundo es tres veces la de 1918, el masivo transporte aéreo de personas y productos facilita la veloz circulación y transmisión de microorganismos, las megalópolis que pueblan todos los continentes ayudan a la propagación del contagio en sus anillos de pobreza donde, como ha ocurrido siempre, mal viven quienes morirán siendo el grueso de las víctimas de las epidemias.

Navegar la incertidumbre de esta pandemia y de las que vendrán no es ni será sencillo. Algunos países, en Extremo Oriente y en África, con gobiernos de muy diversa tradición política o ideológica y muy diversos niveles de bienestar general, supieron capitalizar algo de previas epidemias, muy lejanas como la de influenza o recientes como la del SARS o el ébola. Tal aprendizaje se manifiesta en políticas de salud antiepidémicas coordinadas por el estado, en la preparación colectiva e individual que permite entender y asumir la importancia del distanciamiento social, el testeo y el seguimiento de los enfermos mientras se intenta gobernar el contagio. También en una cultura de mayor resiliencia frente a reincidentes coyunturas epidémicas que bien pueden extenderse en el tiempo mucho más de lo esperado, en el uso de las mascarillas, en la generalización de la práctica de toser tapándose la boca con el lado interior del codo. Pero

no siempre hay tales aprendizajes. Entonces las pandemias, además de traer colosales desbarajustes económicos, solo logran desnudar aberrantes inequidades sociales. Entre ellas, por ejemplo, el muy desigual acceso al agua potable que permita el frecuente lavado de manos de toda la población o, cuando la hay, el muy desigual acceso a las vacunas.

Son legados, esperanzadores unas veces, irritantes otras. Muy distintos de los vaticinios del “ya nada será igual”.

La larga lucha contra el flagelo del “monstruomoteado” De la inoculación variólica al descubrimiento de la vacuna

Lucía Lionetti

Nunca cuentes a tus hijos hasta que todos hayan tenido viruela.
Un niño no era de su madre hasta que había superado la viruela.
(Refranes de la Europa del siglo XVIII)

La mayoría de la población sufría la enfermedad en la niñez, cuando la viruela se presentaba en su forma más leve, como una fiebre con erupciones cutáneas, y no volvía a contagiarse después. Efectivamente fue especialmente terrible entre los niños y las niñas, por eso era una práctica común entre los padres exponer deliberadamente a los hijos, con la esperanza de que se contagiaran y sobrevivieran. Apodada “el ángel de la muerte” y *the speckled monster* (el monstruo moteado), la viruela era, además de mortífera, muy desagradable, ya que podía dejar profundas cicatrices. Causada por el variola virus de la familia *Poxviridae*, azotó al mundo durante siglos. Su nombre proviene del latín *varius*, que significa “variado, variable”. Hasta hace unas décadas constituyó un flagelo de tal naturaleza que mereció una particular atención por parte de los gobiernos, de los círculos

científicos y en general de las sociedades que temían sus consecuencias y buscaron atenuar sus efectos.

La viruela no respetó edades, género, linajes, riquezas, heredades ni continentes. Causaba ceguera y muerte, pero en caso de preservar la vida, sus huellas causaban espanto y casi era más temida por el carácter desfigurante de sus cicatrices faciales. Párpados caídos, labios tumefactos y narices deformes. Dentaduras destruidas, sordera, pérdidas de visión e incluso en no pocos casos se recurría a terribles mutilaciones. Para quienes sobrevivían, aquellas marcas visibles de una corporalidad que había sufrido la dolorosa experiencia de la enfermedad los acompañaría por el resto de su vida (uno de los tantos registros estigmatizantes de enfermedades como la lepra y el sida que Molinari y Echeverría analizan respectivamente en este texto). También quedaban secuelas de trastornos digestivos e incluso demencias. Hasta el descubrimiento de que la viruela de las vacas (viruela vacuna –de aquí el nombre–) podía proteger al hombre contra la temible viruela humana, realizado por Jenner en 1796, la humanidad se encontraba indefensa contra esta enfermedad, de la que casi nadie se libraba y alcanzaba una letalidad media del 30 %. Los aislamientos, cuarentenas, expurgos y fumigaciones al uso resultaban inútiles contra esta endemia. La técnica preventiva de la inoculación de las viruelas “benignas” practicada en algunos países desde la antigüedad y extendida en Europa en el siglo XVIII, resultaba insegura y hasta peligrosa.

La enfermedad es causada por el virus variola y pareciera que ha afectado a los humanos desde siempre. La historia del viejo mundo conserva la memoria de terribles epidemias que la asolaron. El contagio era muy simple: de una persona a otra, cara a cara, pero también por tener contacto con residuos corporales infectados o con objetos que hayan estado en contacto con un enfermo. La persona infectada podía contagiar desde que comenzaba la fiebre y lo seguía haciendo hasta que hubiera caído la última costra.

La viruela no respetaba edades ni clases sociales. Según comenta Frank Fenner en su libro *Smallpox and its eradication*, a finales del

siglo XVIII, en Europa, morían unas 400 000 personas al año como consecuencia de la viruela y aproximadamente la tercera parte de los supervivientes se quedaban ciegos.

La primera epidemia de la que se tienen noticias debió ocurrir en el año 135 a. C., durante la guerra entre los egipcios y los hititas. Si esa primera presencia es dudosa, por el contrario, hay muchas evidencias de su existencia en la China de los primeros años del siglo I (d. C.). En el mundo europeo parece constatada a partir el siglo VI en regiones ribereñas del Mediterráneo. Durante toda la Edad Media se verifica la aparición de enfermos de viruela y testimonios clínicos, como los que aporta Rhazes, autor de una monografía consagrada a la viruela y el sarampión, *De variolis et morbilis* y de Avicena, quien remarca su contagiosidad, muestran que no era precisamente desconocida. Las Cruzadas favorecieron también su expansión. Sin embargo, es a partir del periodo moderno, en el Renacimiento, cuando alcanzó caracteres de enfermedad catastrófica (Carreras Panchón citado por BalagherPerigiell y Ballester Añón, 2003).

Ahora bien, cabe la preguntarse cuáles fueron las circunstancias que llevaron a que la viruela se difundiera a escala mundial entre los siglos XV a XVIII. Sin lugar a dudas el escenario político, económico y social de esa modernidad propició, como una de las caras más trágicas de la expansión europea, esa escalada de la enfermedad a nivel mundial. Una de las claves hay que buscarla en las migraciones que se produjeron en Europa en relación con las guerras de religión surgidas tras la irrupción de la Reforma Protestante y la posterior Contrarreforma. El trasiego de personas debió favorecer las transmisiones. En segundo lugar, la difusión de la viruela a nivel planetario está indisolublemente unida a los descubrimientos geográficos y la posterior colonización. El descubrimiento de América desplazó hacia las Indias Occidentales a una gran cantidad de colonizadores, españoles y portugueses y gente de varios países europeos que penetraron en un espacio inmenso, de Alaska a la Tierra de Fuego, que vivían en un ecosistema muy diferente del euroasiático. S. Watts, haciendo un largo recorrido histórico sobre la viruela en el Nuevo

Mundo, sintetiza el proceso como «desde el holocausto a la erradicación». En efecto, muchos epidemiólogos e historiadores admiten que, al no encontrarse la viruela en el Nuevo Mundo, la población no había tenido oportunidad de desarrollar mecanismos inmunitarios para luchar contra la enfermedad. Aunque se trata de una discusión no cerrada, ciertamente tenemos muchos datos que confirman el holocausto del que habla el historiador inglés.

En muy pocos casos se conoció con precisión la clase de enfermedad que provocaban las epidemias y erróneamente se suponía que eran el recrudecimiento de alguna enfermedad común, que causaba más víctimas que de costumbre. De hecho, durante la etapa colonial en América, las principales causas de mortalidad que reconocían las autoridades se las adjudicaban a la pobreza de la mayor parte de los habitantes y a las pésimas condiciones de higiene que imperaba en las ciudades. Por otra parte, en las ciudades no había prácticamente médicos y en su lugar se desempeñaban barberos, boticarios o simples curanderos. De todos modos, los pocos médicos que se ocupaban de atender las enfermedades con brotes cutáneos, como la viruela y el sarampión, eran los cirujanos, llamados latinos, que tenían estudios universitarios, todas las enfermedades llamadas externas, como las dos citadas anteriormente, eran de competencia de estos profesionales de la salud; pues los doctores, llamados físicos, que ostentaban el título de mayor rango académico, no estaban para atender vulgares males supuestamente cutáneos. En las zonas rurales, eran también los curanderos y las mujeres que conocían ciertas artes medicinales quienes se ocupaban de atender todo tipo de males, hasta atender cuando quedaban heridas como consecuencias de hechos violentos. Baste decir que estas mujeres, con sus conocimientos ancestrales, quienes corroboraban –examinando los cuerpos– hechos tan aberrantes como las violaciones que sufrían las niñas, dejaron algunos registros de esos cuerpos que tenían la “marca” de tan cruel enfermedad (tal como datan los expedientes de la Justicia del Crimen localizados en el Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires).

Como sea, sí se ha demostrado que la viruela penetró en la Isla de La Española (Santo Domingo) en 1516 como consecuencia de la llegada a la isla de esclavos negros infectados en un barco portugués. En México, llega con las tropas que auxiliaron a Hernán Cortés en 1520 y en 1525 al reino Inca a través de la expedición de Pizarro al Perú. Entre 1558 y 1560 llega al Río de la Plata y en 1562 al Brasil. Uno de los primeros cronistas que dejaron testimonio de esos infortunios fue Martín del Barco Centenera quien relató que los hombres que acompañaban la expedición de Mendoza en Buenos Aires, además del hambre y otras miserias, sufrieron enfermedades provocadas probablemente por los gérmenes traídos de España, lugar donde se estaba sufriendo una epidemia de viruela.

La catástrofe demográfica posterior a estos brotes de epidemias de viruela es difícilmente imaginable. De los 18 millones de habitantes con los que contaba México a la llegada de los conquistadores, en 1600 se convirtieron en poco más de un millón. Esta tragedia no puede ser achacada únicamente a las guerras u otras formas de explotación, sino también a este tipo de patologías que apenas afectaban a los conquistadores que eran la mayor parte de ellos inmunes a la enfermedad por haberla pasado en su infancia o juventud. Esta situación producía, además, un incremento de la desmoralización de las comunidades indígenas, por la percepción de debilidad natural frente a la mayor fortaleza también natural de los europeos para resistir la enfermedad.

En el caso de la zona andina, el fraile Antonio Herrera Tordesillas, uno de los cronistas oficiales nombrado por Felipe II como historiógrafo de las Indias y Castilla, consignó algo que fue recogido a principios del siglo XX por el estudioso Toribio Polo: “Cuenta el Cronista Antonio de Herrera, que hubo este año (1539) terrible hambruna y peste en Popayán; que pasaron de cincuenta mil los indios a quienes se les devoró por efecto del hambre; y que fueron más de cien mil los

mueritos por la peste (viruelas) cayendo los hombres súbitamente, sin remedio”².

Los cronistas que acompañaron a Pizarro y sus huestes se ocuparon muy poco o nada de los problemas sociales de los nativos, muchos menos lo harían de los problemas de salud, solamente se percataron de las enfermedades de los conquistadores. Esto fue advertido por las autoridades de la corona española, por eso nombraron “cronistas”, unos veinte años después, para que recolectasen los datos sobre lo que pasó durante la guerra de conquista. Entra en materia de especulación la posibilidad de conocer las causas por las que los cronistas de la conquista no consignaron la presencia de una epidemia de viruela, sarampión o gripe, cuando Pizarro y sus huestes entraron al territorio andino de los Incas. Es factible que no haya existido ninguna epidemia o enfermedad entre los naturales andinos, al contrario de lo que sucedió durante la conquista de México por Hernán Cortés, en donde estas mismas enfermedades están debidamente documentadas como existentes, y también, como factores determinantes en el triunfo de Hernán Cortés. Otra posible explicación para que esos primeros cronistas que acompañaban a las huestes de Pizarro no dieran cuenta de esas enfermedades puede que haya también tenido que ver con que participaban de aquella doctrina de San Agustín que afirmaba que “las enfermedades son designios del Divino Hacedor, frente a ellas no hay que sino esperar la voluntad suprema”. Máxime aún, cuando se trataba de enfermedades que atacaban a infieles, se les consideraba como el resultado instrumental de un castigo divino.

Como lo analiza de modo sugerente García Cáceres, a partir de la colección de documentos relativos del séptimo virrey del Perú, don Fernando Torres y Portugal, Conde de Villar, existen comunicaciones que contienen datos sobre las epidemias en la región. En primer lugar, se advierte que solo los españoles nacidos en América además

² Polo, Toribio “Apuntes sobre las epidemias en el Perú” citado por García Cáceres, 2003, p. 43.

de indios y negros eran los afectados. Luego, establece con claridad que hay tres plagas que simultáneamente atacan a las comunidades indígenas: la viruela, el sarampión y el romadizo. Esta última denominación, como se dijo, era la usada para la gripe (según la versión de la 21ª Edición del Diccionario de la Real Academia Española es: catarro de la membrana pituitaria). Por último, el Conde de Villar parece que tenía una clara noción de la manera en que se propagaban esas enfermedades. En la carta del 11 de mayo, dando cuenta de las epidemias que asolaban los llanos y valles de Trujillo, usa el término contagio. En 1546, Girolamo Fracastoro (1478–1553) fue el primero en definir las enfermedades que se propagaban de persona a persona en su *De Contagione et Contagionis Morbis et Curatione* (García Cáceres, 2003, p. 45).



Fuente: Códice Florentino/UNAM

Todos esos registros contemporáneos dan cuenta que fueron las comunidades indígenas las que sufrieron las consecuencias de múltiples brotes epidémicos –tanto de viruela como de sarampión– dos

enfermedades que, en los siglos xvii y xviii, podían ser diagnosticadas con cierta facilidad, no así el romadizo, cuya distinción de otras fiebres era difícil de hacer. Todavía en el siglo xvii, se observó que la mayor parte de enfermos, de cualquiera de las tres enfermedades, eran nativos; hubo muy pocos criollos (españoles nacidos en suelo americano) y prácticamente ninguno nacido en Europa. “Tal como el profesor Mervin Allison dice, durante los siglos, xvi, xvii, y xviii, progresó un holocausto de la raza indígena a la que se sumó la africana” (García Cáceres, 2003, p. 45).

En el siglo xvii, los colonizadores solicitaron a la Corona que les otorgaran el permiso necesario para importar más esclavos negros debido a las pérdidas de los trabajadores nativos que se sufrían a causa de las epidemias de viruela. En 1607–1608, los novicios del seminario jesuita de Córdoba fueron atacados por el tifus, sucediéndole una epidemia de viruela en regiones de la actual Córdoba y en toda la región del actual Paraguay y hasta Chile, epidemia que –tal parece– se complicó aparentemente con otra enfermedad, el tabardillo (o tifus), común en la región. Hasta la secundaria ciudad portuaria de Buenos Aires sufrió esos embates epidémicos. En el curso de los años 1620 y 1621, fue nuevamente azotada por una de viruela que tuvo muy graves consecuencias para su población.

Veinte años después llegó el tifus y en 1660 nuevamente la viruela provocó innumerables muertes. En 1701 un gran número de barcos que traía esclavos en sus bodegas, tuvo que hacer cuarentena a causa de la presencia de brotes de viruela entre su carga humana, pero de todas maneras murieron contagiados por el mal traído por estos desgraciados muchos pobladores de la ciudad. En abril de 1717, según se registra, hubo otra terrible epidemia que atacó a los habitantes de la ciudad de Buenos Aires que provocó cientos de víctimas. En 1720, con el incremento del tráfico de esclavos, llegaron las fiebres africanas y también se comenzaron a sentir los efectos de la peste bubónica y el cólera, durante todo el siglo xviii.

Junto con otras enfermedades como las paperas y la escarlatina, llegó la viruela hasta las misiones guaraníes jesuíticas y aniquiló a

la mayoría de sus pobladores. Se reiteraron de modo menos virulentos en los años 1738, 1739 y 1778. Fue otro misionero jesuita, Falkner, que, alrededor de 1742, informó de otra mortandad en las lejanas tierras patagónicas causada por el brote de viruela.

Tiempos donde las poblaciones sufrían el acicate de varias enfermedades, a las que se sumaron el cólera y el tifus. Incluso ya, para 1798, en el territorio del Virreinato del Río de la Plata se registra una primera muerte por fiebre amarilla, proveniente del Brasil. Ante la extrema vulnerabilidad, el desconcierto y el miedo ante tanta muerte y efectos no deseados en los cuerpos de quienes sobrevivían, hubo una imperiosa necesidad de buscar estrategias más eficaces para combatir a esos brotes recurrentes de pestes y epidemias.

Tal como narran los cronistas de esas épocas, los cadáveres de los pobres eran colocados sobre cueros o envueltos en trapos y se los llevaba a enterrar, arrastrados por caballos. Solo los más ricos y respetables de esas sociedades eran sepultados en los templos, desde el atrio al altar mayor, mientras que a los esclavos y a los sirvientes se los enterraba en los terrenos cercanos a las iglesias. Así, como consecuencia de la terrible situación causada por las epidemias, el 16 de octubre de 1754, por medio de una Real Cédula, se dio estado oficial a la “Hermandad de la Santa Caridad”, uno de los primeros centros asistenciales que ya funcionaba desde 1727, dedicado a la atención de los pobres, huérfanos y vagabundos y que se ocupaba además de dar sepultura a los que nada tenían.

En Europa, las consecuencias de la viruela han sido consideradas como menos dramáticas que en las tierras americanas, aunque su expansión en el siglo xvii fue muy extensa y de hecho la padecieron miembros de algunas de las familias reales, como Luis xv, el zar Pedro ii o la reina María de Inglaterra. En este último país, la repercusión política fue enorme: la muerte por viruela del duque de Gloucester, heredero del trono, eliminó a la dinastía Estuardo y dio paso a los Hannover.

En la segunda mitad del siglo xviii se impone en muchos lugares y no es ajena a esta difusión la sensibilidad de las cortes

europas, donde se sucedían las muertes por viruela de los pequeños príncipes. Como una paradoja de la historia, hasta el mítico y controvertido revolucionario francés Maximilien de Robespierre tenía las huellas vergonzantes de la enfermedad³. ¿Ese sería el rostro del terror para sus detractores?



Fuente: [visualforensic/philippe froesch/batabat](https://visualforensic.com/philippe-froesch/batabat)

³ Según señala una nota de Mónica Arrizabalaga publicada en el periódico el ABC, “En la iconografía oficial no se ven las más de cien cicatrices de viruela que tenía su rostro». Según Philippe Froesch, famoso por la reconstrucción facial de Enrique IV. “Robespierre era un hombre peligroso y se ve que los pintores de la época tomaron sus precauciones”. La “instantánea congelada del hombre en sus últimas horas” muestra el rostro de una persona cansada, con marcadas ojeras y de tez pálida, picado por la viruela que, según apunta Froesch, padeció probablemente en su niñez. Las huellas de la enfermedad quedaron marcadas en el molde de yeso de Robespierre que realizó justo después de su decapitación Madame Tussauds. La copia conservada en el Museo de Historia Natural de Aix en Provence de esta máscara, cuyo original se exhibe en la Cámara de los Horrores del Museo de Cera londinense, ha servido a Froesch para esta reconstrucción en 3D. Recuperado de <<https://www.abc.es/cultura/20131218/abci-rostro-real-robespierre-marcadas-201312181300.html>> (Consultado el 18/11/2020).

La lucha contra la viruela y los inicios de la variolización/inmunización

[...] Viene la anciana con una cáscara de nuez llena de pus de la mejor viruela y entonces pregunta a la gente qué venas desean que les abra. De inmediato, abre aquella que le es ofrecida con una aguja enorme –no produce más dolor que un simple rasguño– e introduce en la vena tanto veneno como cabe en la punta de su aguja y después venda la pequeña herida con una cáscara hueca y así, de esta manera, abre cuatro o cinco venas (Cartas de Estambul: Lady Mary Wortley Montagu).

Mary Wortley Montagu (1689–1762), una mujer de origen aristócrata que vivió una vida nada convencional para los cánones de la época. Su nombre de soltera era Mary Pierrepont, fue una autodidacta que aprovechó la posibilidad de aprender idiomas y de estudiar a los clásicos en la biblioteca de su padre. Escribía poesía y ensayos, se declaraba una amante de la lectura y llegó a dirigirse al obispo de Salisbury para quejarse de las dificultades que tenían las mujeres para acceder a la cultura. Tal como vivió, no se conformó con seguir el camino marcado para una joven de su categoría social. Huyó de un matrimonio pactado para casarse por amor con Edward Wortley Montagu quien, en 1716, fue nombrado embajador de la corte turca. Fue a través de sus cartas a amigos y familiares que daría a conocer sus descubrimientos de ese mundo tan desconocido y atractivo para ella. Asombró a intelectuales como Voltaire y, de hecho, fue una mujer poco convencional para su época. A través de su profusa correspondencia, relata la fascinación por ese mundo nuevo y sorprendente. Con sus cartas buscó derribar mitos y prejuicios sobre una cultura completamente alejada de su Inglaterra natal.

Los lugares a los que ella accedió como mujer de posición acomodada no tenían nada que ver con la visión que habían ofrecido viajeros anteriores, así que se la considera pionera del orientalismo

y de la literatura de viajes. En verdad su obra se ha convertido en una referencia del género epistolar y de la literatura viajera de la época. Pero si ha pasado a la historia es por tratar, sin éxito, de popularizar en 1718 el remedio turco para la viruela, treinta años antes de que naciera Edward Jenner, el médico que se llevó la gloria tras publicar en 1798 la investigación que dio lugar a la variolización. En efecto, uno de los temas más destacados de los escritos que Mary enviaba a Inglaterra se refería a la viruela que dejó huellas en su vida. Es que justo antes de viajar a Estambul contrajo esta enfermedad y fue atendida por los médicos ingleses más eminentes del momento. Finalmente, consiguió salvar su vida pero su rostro quedó para siempre marcado y perdió las pestañas, tal como señala Marató (2005). Además, su hermano William había muerto en 1713 con solo 21 años, víctima de la viruela, una enfermedad que desde hacía siglos causaba estragos en Europa. Convencida de que la inoculación era el mejor método para combatir la enfermedad que había acabado con la vida de su joven hermano y que a ella le había dejado el rostro marcado de por vida, decidió probarla en su hijo pequeño Edward, que se recuperó a los pocos días sin ningún contratiempo.



Retrato de Mary Montagu y su hijo.
Fuente: *NationalPortraitGallery*, London

En una de sus tantas cartas a su amiga Sarah Chiswell (quien también murió de viruela) relataba que “la viruela, tan fatal y generalizada entre nosotros, es aquí por completo inocua gracias a la invención del injerto, que es el término con que lo nombran”. Lo que estaban haciendo, parece ser que heredado de una tradición procedente de la medicina tradicional china al menos desde el siglo x, y en sus orígenes la práctica consistía en insuflar en la cavidad nasal de una persona sana, costras pulverizadas procedentes de la última fase de la enfermedad de un paciente que la hubiera sufrido. De hecho, el doctor Emmanuel Timoni, el médico más eminente de Estambul, la animó a que difundiera aquella práctica de antigua data de inoculación/variolización cuando regresara a Inglaterra. “Soy lo bastante patriota como para tomarme la molestia de llevar esta útil invención a Inglaterra y tratar de imponerla”, le escribía ella a su amiga Sara. Al regresar a Inglaterra en octubre de 1718, su única preocupación fue proteger a su hija de la terrible enfermedad, por lo que decidió aplicarle el método de la inoculación turca, como había hecho con su hijo Edward. La princesa Carolina, amiga y admiradora, se sintió impresionada con el éxito del “remedio turco”. Para asegurarse, quiso aplicarlo a seis condenados (tres hombres y tres mujeres) de la prisión de Newgate a los que se les ofreció la libertad en caso de sobrevivir, en 1721. Todos recibieron la inoculación, sobrevivieron y ganaron su libertad. Pero como Carolina aún no se fiaba del todo, en la primavera de 1722, volvieron a intentarlo (con éxito) con varios niños del orfanato de Saint James. Finalmente, las dos hijas de la princesa Carolina se sometieron a la práctica sin ningún tipo de complicación.

Sin embargo, el remedio turco para la viruela no tuvo éxito entre los médicos ingleses que, en ningún momento, se fiaron de un remedio oriental avalado por una mujer. Tampoco la iglesia puso las cosas fáciles. Porque consideraba aquellas ideas orientales como “herejía musulmana”. A lady Mary le acusaron de ser una madre “antinatural” por haber arriesga-

do la vida de sus dos hijos al intentar salvarlos de la viruela⁴. Desheredada de la fortuna familiar debido a su apasionado matrimonio, años más tarde se separó y se fue a vivir a Venecia con su nuevo amante, una relación que tampoco prosperó.

Más allá de esos resquemores, fue en el transcurso de ese siglo XVIII cuando dos médicos dieron a conocer la inoculación en la prestigiosa Royal Society londinense. En 1714, el mencionado médico griego –formado en Padua y en Oxford– con residencia en Estambul, Emmanuel Timoni, publicó una comunicación en el órgano de expresión de la Royal Society, las famosas *Philosophical Transactions*, en la que presentaba sus propias experiencias con las cincuenta personas que había inoculado, cuarenta y seis sufrieron la enfermedad de forma atenuada y el resto no está claro que la padecieran pero ninguno de ellos murió. Timoni había aprendido la técnica en Estambul de dos mujeres que se dedicaban a esta práctica, destinada sobre todo a prevenir las deformaciones que a causa de la viruela se producían en la cara de las jóvenes y que se utilizaba con un objetivo estrictamente estético. Allí fue donde entró en escena lady Mary Wortley Montagu y entabló con ella una amistad. Se estima que entre 1766 y hacia finales del siglo se inocularon en Gran Bretaña más de 200 000 personas. De todos modos, la técnica no dejaba de ser altamente peligrosa.

En este contexto, se produjo la entrada en la lucha contra la viruela de Edward Jenner (1749–1823), un cirujano nacido en Berkeley. Se había formado en calidad de cirujano con el prestigioso John Hunter (1728–1793), pero su actividad profesional la desarrolló en su localidad natal, lejos de los círculos intelectuales londinenses. Contaba en su haber personal con la experiencia de ser un niño “variolado” a los ocho años de edad. Su capacidad de observación científica se puso de relieve en la comunicación presentada a las *Philosophical*

⁴ Interesante información extraída de: <https://www.lavanguardia.com/historiay-vida/edadmoderna/20200620/481830202485/viruela-vacuna-coronavirus-epidemia-covid-wortley-montagu.html>.

Transactions sobre un tema de historia natural. A través de su experiencia como inoculador, observó que aquellas personas que habían sufrido la viruela de las vacas, cuando recibían el pus procedente de un varioloso no presentaban ningún síntoma o, como mucho, un ligero enrojecimiento de la piel. Su práctica como médico rural en Gloucestershire lo llevó a reconocer que las muchachas que trabajaban en las granjas ordeñando vacas y que habían padecido una enfermedad llamada viruela vacuna (*cowpox*), nunca contraían la enfermedad. Esta observación tan simple y lógica como extraordinaria por su trascendencia, impulsó a Jenner a inocular al niño James Phipps, en 1796, con la linfa procedente de la mano de una moza de establo –Sarah Nelmes– que padecía *cowpox* comprobando, con inoculaciones posteriores de viruela al niño, que estaba protegido y que era inmune a la enfermedad. Aquella era la demostración de que la creencia popular según la cual quien había padecido la viruela de vacas no padecía la viruela era certera. Cuando comunicó su propósito al gran Hunter, este le contestó: “No pienses más, ensaya; sé paciente y exacto”. Ese resultado y el de veintidós ensayos más fueron publicados en el libro *An Inquiry into the Causes and Effects of the Variolae Vaccinae* (1798). La obra de Jenner produjo honda y rápida impresión en Europa y América. Pronto hubo panegiristas y detractores.



Edward Jenner (1749–1823) inyectando el antídoto en el niño James Phillipps.

Fuente: DEA PICTURE LIBRARY / Getty. <https://www.lavanguardia.com/historiayvida/edad-moderna/20201011/33722/victima-643-ss-oradour-sur-glance.html>

Jenner publica sus trabajos en 1798 y ya en diciembre de 1800, la inoculación/variolización había llegado a España, concretamente a Puigcerdá, de la mano del Dr. Piguillem. Tanta celeridad, en un tiempo en que las noticias viajaban a caballo o en barco de vela, no era de extrañar dado el flagelo que significó para la sociedad de aquellos días.



Grabado con una escena caricaturizada del uso de la vacuna contra la viruela.

Fuente: *Biblioteca Nacional de París*. (J. J. Viñes Rueda, 2018)

Según Balagher Perigüell y Ballester Añón, el conocimiento que hoy poseemos de la etiología y fisiopatología del proceso nos permite entender retrospectivamente la historia natural de la enfermedad y la eficacia de la vacunación como medida preventiva, en clave genética e inmunológica. El *cowpoxvirus* (*variola virus*) que solo puede desarrollarse en la especie humana, ya que no se conocen reservorios animales, está genéticamente emparentado tanto con el virus de la inoculación (*cowpox virus*) como con el del productor de la viruela de los simios (*monkeypox virus*). La sintomatología causada por estos tres agentes es muy parecida y la existencia de una inmunidad cruzada parece darnos la clave doctrinal de la práctica jennericiana, basada en un empirismo clínico refinado propio del momento his-

tórico en el que vivió el médico inglés. La peculiaridad de tratarse de una infección específicamente humana, en el caso de la patología causada por el *variola virus*, ha hecho posible la erradicación del virus al ser incapaz de sobrevivir fuera de dicho huésped humano (BalagherPerigüell y Ballester Añón, 2003, p. 20)⁵.

Ya entonces varias voces pronosticaron el fin de la viruela gracias a la inoculación/variolización. Pero las cosas no fueron tan rápidas como era de desear. Faltaba mucho para que la humanidad conociera el logro científico de la vacuna antivariólica.

La variolización rumbo a las colonias americanas en “los brazos de los niños héroes”

Producto de la imperiosa búsqueda por combatir al virus y en el contexto de lo que fue la ciencia española en el siglo XVIII, los monarcas borbónicos Carlos III y Carlos IV promovieron una serie de empresas sanitarias. Dentro de ellas, se encuentra la que ampulosamente fue denominada como la “Expedición Filantrópica” o “la primera misión humanitaria”. Se trató de un proceso participativo de las reformas cientí-

⁵ En un reciente estudio de Damaso, bióloga molecular de la Universidad Federal de Río de Janeiro, se subraya que en ninguna de las vacunas antiguas que todavía se conservan aparece la viruela de la vaca. Su investigación sugiere que Jenner pudo utilizar, más bien, viruela de caballo.

^{El} propio médico inglés, en un texto publicado en 1798, sostenía que “la enfermedad progresa desde el caballo hasta el pezón de la vaca, y desde la vaca a la persona”, como subraya en un estudio publicado en la revista especializada *The Lancet Infectious Diseases*. El virólogo español Antonio Alcamí, miembro del Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus de la Viruela, coincide con Damaso en que la vaccinia que forma parte de las vacunas humanas pueda ser un *horsepox* [virus de la viruela equina] europeo aislado en el siglo XIX. Es imposible comprobar su hipótesis. El virus equino tampoco se encuentra ya en la naturaleza. Tuells recuerda que el propio Jenner, en 1798, describía siete casos en los que había utilizado pústulas de caballo como fuente del pus vacunal.

^{Al} respecto ver: https://elpais.com/elpais/2017/08/24/ciencia/1503587279_312148.html

ficas, sociales, políticas, administrativas y culturales que implementó –en busca de una mayor centralización– la dinastía Borbónica.

La preocupación por la amenaza de las epidemias había determinado que se crease, en 1721, la Junta Suprema de Sanidad, cuya principal función era evitar que se difundieran por las colonias. Con su labor colaboraban las Diputaciones de salud o Juntas de Sanidad de los Puertos y las Juntas de Sanidad locales y regionales, que se ocupaban de estos problemas. Como consecuencia de los estragos que la viruela producía en los territorios de ultramar de la Corona de España (América y Filipinas) el 1 de Septiembre de 1803, el rey Carlos IV –que había perdido un hijo que contrajo la viruela– emitió un edicto dirigido a todos los funcionarios de la Corona y a las Autoridades civiles y religiosas de sus dominios de Asia y América en el cual se anunciaba la llegada de una expedición y ordenaba el pleno apoyo a la misma, la que tenía como principales funciones: 1) inocular gratuitamente a toda la población; 2) divulgar la enseñanza de la práctica de la variolización en los dominios de ultramar y 3) organizar juntas municipales para llevar a cabo un registro de las prácticas realizadas y mantener suero para posibilitar su realización. Hay que mencionar, no obstante, que la inoculación/variolización no llega a América exclusivamente de la mano de esta expedición. A finales del siglo XVIII, en lo que actualmente es el territorio argentino, se registran ejemplos tempranos de uso de la inoculación, con los que se buscaba lograr la inmunidad introduciendo en el cuerpo de una persona no infectada el virus y así promover una enfermedad menos grave que la original, pero con riesgo de transmisión (*L'Erradication Mondiale de la Variole*, 1980)⁶. Como han explicado Jiménez y Alliotto (2017), ante el letal efecto que

⁶ Se reconocen diversos tipos de viruela; durante gran parte del siglo XIX se discriminaba en dos: viruela discreta o menor, que ocasionaba una infección leve y viruela confluyente/hemorrágica o mayor, con menores positivities de supervivencia y mayores efectos secundarios. En el siglo XX se discriminaba también entre viruela mayor y alastrín, considerando la segunda con un carácter menos virulento que la primera.

el virus ocasionaba en la población indígena, la variolización era el único recurso frente a las epidemias.

Más allá de que hay que reconsiderar el alcance de esta expedición dirigida por el Dr. Francisco Xavier Balmis, con el vicedirector el Dr. José Salvany, de la que tanto se ha escrito, se puede señalar que partió del puerto de La Coruña, el 30 de noviembre de 1803, en la corbeta María Pita, llegó a Puerto Rico en febrero de 1804. Llevaba a bordo veintidós niños de la casa de Expósitos de La Coruña, acompañados por su directora Dña. Isabel Sendales y Gómez. El denominado “virus humanizado” fluido se mantenía de brazo a brazo entre los niños a lo largo de la travesía y también se transportó una carga de suero de la inmunización guardada entre placas de vidrio sellado. El médico llevaba miles de ejemplares de un tratado en el cual se recogía como se debía realizar la práctica y cómo había que conservar el suero. En su viaje brindó una serie de consejos, antes de que los expedicionarios se dirigieran a los distintos destinos de los dominios españoles, tales como: 1) la necesidad de observar y fijar los resultados de la inmunización con la máxima exactitud posible; 2) observar también, junto con aspectos relativos a medicina y botánica, aquellos referidos a la historia natural, la industria y el arte, en una especie de estudio antropológico, 3) recoger cuáles eran las enfermedades típicas de cada país, sus síntomas y los regímenes curativos. Junto con este tipo de recomendaciones teóricas, dio una serie de consejos prácticos destinados a buscar la máxima eficacia en la conservación y la difusión de la variolización, hasta detallar los aspectos más nimios.

La expedición partió de La Coruña, hizo escala en Tenerife y llegó al actual territorio de Puerto Rico y al llegar al norte del virreinato del Perú –en nuestros días Venezuela–, se dividió en dos columnas, una encomendada a Salvany (quien muere de tuberculosis en medio del recorrido) que llegó al sur de la cartografía territorial colonial y, la que dirigió Balmis rumbo a Cuba, pasando por Yucatán, Sonora, Chihuahua, Texas, etc. El 7 de febrero de 1805, Balmis abandona el continente americano y pone rumbo a Filipinas, Macao y Cantón.

El 15 de Junio de 1806 llega a la isla de Santa Elena, un mes después a Lisboa y de allí a Madrid, después de sufrir múltiples penalidades, incomprendiones y superar extraordinarias dificultades.

Los niños asilados fueron los elegidos para portar en sus brazos el tesoro del fluido vacunal. Fueron, sin dudas, los protagonistas no voluntarios de tamaña empresa. Podemos preguntarnos por qué fueron ellos los elegidos para hacer ese “viaje de la vacuna”. Ciertamente en la época no hubo resquemores respecto a que los cuerpos de estos pequeños fueran parte de los experimentos en pos de buscar la curación. Según nuestras representaciones contemporáneas en torno a la idea de infancia, el hecho de usar a los pequeños y poner en riesgo su salud y su vida, revela un distanciamiento afectivo. Esa es una posible interpretación, pero también atendiendo a que durante ese siglo circularon discursos médicos, educativos, jurídicos que acercaban a lo que Philleppe Ariès –más allá de las revisiones formuladas a su interpretación– ha denominado como “el descubrimiento de la infancia”, consideraban un escándalo moral y económico las elevadísimas y aterradoras cifras de mortalidad infantil. Ante ese cuadro de situación, la reacción institucional, pública y particular promovió la creación de centros caritativos destinados a recoger los niños abandonados, en donde se mezclaron sanos y enfermos, con el denominador común de pobreza y desamparo. Aquello fue el comienzo de la filantropía y de la alianza de las mujeres de las elites con médicos en pos de una acción social orientada sobre los huérfanos (Donzelot, 2000). Más allá de una medida que puso en riesgo su vida, también es posible pensar que, esa peligrosa experiencia fue un modo de darles la oportunidad de sobrevivir a los estragos que ocasionaba la enfermedad, el abandono y su pobreza.

Tenemos los nombres de Juan Bautista Cuenca, Apolinario Saranyo y Mateo Mora, tres niños nativos de la región de Loja (hoy en día parte de Ecuador) en cuyos brazos se trasladó el virus de la enfermedad de la llamada “viruela vacuna” a Piura, el 22 de diciembre de 1805. José Salvany, un médico catalán, les había practicado una inoculación en sus brazos con el método Jenner en Loja, y “convenció”

a sus padres para levárselos a Piura. El fluido algo purulento de las úlceras en sus brazos serviría para iniciar en el virreinato del Perú la lucha contra la viruela. Esos niños no han pasado a la historia, solo podemos rescatarlos en este modesto escrito, eran doblemente subalternos: campesinos humildes a los que se les denomina “indios”, desde que Pizarro llegó, y pequeños sin capacidad de poder elegir sus destinos. Estos niños solo fueron una suerte de chasquis a los que, por mandato real, se les reclutó compulsivamente para traer al virreinato del Perú el “precioso fluido de la vacuna”. Cabe destacar que nunca antes en la historia de la medicina se había visto algo igual por la rapidez con la que un conocimiento de avance médico fue incorporado a la mente de todas las gentes, en tan poco tiempo, teniendo en cuenta que no existían los medios de transmisión de las informaciones de los tiempos actuales.

La tarea de la expedición fue muy compleja y encontró no pocas resistencias. En el caso del Virreinato del Perú, se cuenta con el registro de José Salvany que da cuenta de esas dificultades. El 24 de diciembre de 1805, víspera de la Nochebuena, llegó a Piura después de haber inoculado a miles de niños y personas adultas que no habían sufrido de viruelas, por todos los centros urbanos de lo que, en nuestros días, son los territorios de Venezuela, Colombia y Ecuador. El protocolo exigía que un enviado del rey como Salvany fuera recibido en su entrada a la ciudad con una ceremonia especial bajo palio y acompañado de las autoridades locales. Pero, sin embargo, según relata no tuvo una recepción como merecía su alta investidura. De todos modos, el mismo día de su arribo y, aunque había llegado sin el resto de la expedición según se registró, habría podido inmunizar aproximadamente a 1500 niños. Borroneó varias hojas llenándolas con los nombres de los niñitos. Cuando, el 1º de enero, día de la Circuncisión del Señor –fiesta importante en el calendario religioso de la época– había una masa de gentes en el local del alojamiento de Salvany, que denominó como “Casa de la Vacuna”, acordó suspender la práctica y enrostrar a las autoridades su indiferencia. La reproducción de esta carta muestra su desagrado:

Siendo que en la faz de un reino que hasta ahora se ha inmortalizado en los fastos de la posteridad haya yo de acudir al primer Magistrado para manifestarle la indolencia con que se porta en beneficio de la patria y utilidad común. Me había persuadido que el ejemplo de cuantas partes donde he tenido la dicha de propagar el precioso fluido vacuno sería bastante para entusiasmar a estos padres de la patria para que no sólo recibieran sino que admiraran el beneficio y que por consiguiente no habría necesidad de la alta recomendación del Soberano. Pero lejos de esto he reparado, en esta ciudad, que a excepción de uno solo no tan solamente el Magistrado ha mostrado con la mayor indiferencia el precioso don que el mejor de los Reyes dispensa, sino que puedo asegurar que lo ha tácitamente vilipendiado. Yo en atención a estas consideraciones he resuelto suspender esta tarde la vacunación, y despedir de mi alojamiento a un sin número de gentes que penetradas de la utilidad del beneficio han concurrido a buscarlo y a las que las sublimes lágrimas de nuestro soberano habrían sido la recompensa por no haber quien se aleje del buen orden y cuidado que debe guardarse en un acto tan solemne como es de vacunar como el más útil a la humanidad. Y en atención de mandarme el Soberano que para el más mínimo asunto de la Real Expedición de mi cargo que me ocurra, ofrezca y pida auxilio a los Jefes Principales de cuantos puntos transitaré ordenaré, me veo precisado a presentar a usted y decirle que puedo ejecutar más vacunaciones sin providencias que vayan con el arreglo y orden que en todas las demás partes, atendiendo que es el Gran Carlos Cuarto, nuestro Rey y Señor quien la envía [...] Necesito que me proporcione ocho o nueve niños que no hayan pasado viruelas, para que los sucesivamente vacunados pueda propagar el fluido de lugar en lugar hasta Lambayeque que es puntualmente lo que Su Majestad ordena y a lo que no ha ofrecido resistencia el más infeliz de los pueblos. Dichos niños espero me serán inmediatamente entregados para vacunarlos a proporción de la distancia de los pueblos que hubiera de visitar [...]

Además, habiéndome mandado que los niños que sirvieron para la conducción del fluido de un lugar a otro, sean entregados a las

Justicias para que estos cuiden que con la más posible brevedad, comodidad y decencia sean devueltos a sus respectivos hogares, paso a entregarle a los tres llamados Juan Bayasta Cuenca natural de Carinamanga, Apolinario Sarango, y Mateo Mora propios de Sosorana para que usted efectúe en este particular cuanto el Rey ordena (citado por García Cáceres, 2003, p. 49).

Su cruzada continuó hasta la Capital del Virreinato en junio de 1806. Antes había recorrido las ciudades del norte, tanto las costeñas como las serranas. Comunicó al Virrey que existían unas normas, de obligatorio cumplimiento, que regulaban la manera de proceder en las vacunaciones así como para preservar la cepa del fluido vacuno. La llegada de José Salvany a Lima produjo una verdadera conmoción. Ya que siete meses antes de su arribo en la ciudad, se había iniciado la vacunación por otra vía. Era la misma cepa, la española que fue preservada desde 1800 –enviada por Luigi Sacco desde Italia. Lo que ocurrió fue que desde Cartagena de Indias, el Virrey de Buenos Aires solicitó a Balmis, jefe de la expedición que le remitiese “vidrios” conteniendo el polvillo desecado del fluido. Desde allí se envió al Perú a manos de un cirujano español radicado en Lima, llamado Pedro Belomo, quien después de varios intentos fallidos, había producido una úlcera típica en el brazo de un niño esclavo llamado Cecilio Cortés. Tal como menciona García Cáceres, el acontecimiento fue celebrado con repique de campanas y consagrado con una misa solemne con asistencia del virrey y de todas las personalidades más importantes, en 1806.

De la experiencia de la inoculación a las políticas sanitarias en pos de extender el alcance de la vacuna en Argentina

Desde fines del siglo XVIII, las autoridades virreinales se mostraban muy preocupadas por el estado sanitario del territorio, muy parti-

cularmente, de la “sucia ciudad portuaria de Buenos Aires”. En 1778, el virrey Vértiz ordenó que se higienizara la ciudad de Buenos Aires, ya que se había convertido en una sucia ciudad portuaria. Aquellas medidas respondían a un clima de opinión generada por las autoridades, médicos y las propias poblaciones que las impurezas del agua y el aire –“las miasmas pútridas”– producían efectos nocivos sobre la salud. Basta leer las actas de los cabildos de las ciudades de nuestro territorio –y los pedidos de sus procuradores–, para comprobar esta permanente preocupación. A las medidas que se instituían siguiendo los conocimientos médicos de la época, debe añadirse la incidencia que tenía, en la mentalidad popular, el llamado “castigo divino”, que generaba rogativas, procesiones y hasta podía mezclarse con algún ritual poco ortodoxo. En tal sentido, podemos constatar lo que oportunamente señala Binetti en su trabajo publicado en el presente volumen, acerca de que “la medicina y la religión han sido así dos búsquedas –y dos respuestas– complementarias con el fin de recobrar la salud”.

Para continuar con esas medidas de saneamiento en la ciudad de Buenos Aires, en 1779 se estableció el Protomedicato con el fin de supervisar las medidas de sanidad pública, la educación y la matriculación de los nuevos médicos, etc.; se nombró al residente irlandés, doctor Michael O’Gorman, a cargo de dicho tribunal, y mejoró así la sanidad en la ciudad.

Los nuevos tratamientos para la viruela mostraron ser útiles durante la epidemia de 1790, pero esta enfermedad continuó siendo la más mortal hasta la introducción de la llamada “vacuna de Jenner”, que había sido enviada oficialmente por el gobierno real en 1805, pero que ya era conocida extraoficialmente y empleada en Buenos Aires, proveniente de fuentes brasileñas, través del trabajo del doctor O’Gorman y del Protomedicato con la inoculación/variolización elaborada localmente.

La expedición proveniente de la metrópoli, que portaba la ansiada curación contra el “ángel de la muerte”, arribó a Montevideo en julio de 1805 en la fragata “Rosa del Río”. Un barco negrero con

treinta y ocho esclavos –cuatro de ellos con el “virus humanizado”–, propiedad del comerciante Antonio Machado Carvalho. Trece días después, se dirige a Buenos Aires con tres niños que llevan en sus brazos las deseadas pústulas con el “milagroso fluido”. El virrey Sobremonte citó a todos los médicos de Buenos Aires para proceder al inicio de la campaña para recibir la inmunización. María del Carmen Sobremonte, su hija, fue una de las primeras en recibirla. A partir de ese momento, se ordenó que siempre hubiera dos niños inmunizados en la casa de Expósitos.

Iniciado el camino de la ruptura del orden colonial, durante la gestión de la Primera Junta, se promovió la obligatoriedad de la inmunización pero, a menudo, la disposición era ignorada y más tarde, el 18 de mayo de 1813, el Segundo Triunvirato ratificó la obligatoriedad. Durante la guerra de la Independencia, el gobierno de Buenos Aires no tenía por único enemigo a los ejércitos españoles, también debió hacer frente al peligro de la viruela que asolaba muchas regiones del interior y la práctica debió extenderse a las fuerzas armadas de la Revolución que en muchos lugares, como la Banda Oriental, eran diezmadas por el mal.

Una mención especial merece la del multifacético clérigo–médico Saturnino Segurola. Designado para organizar y dirigir esta operación de masiva, no fueron pocos los inconvenientes que debió sortear. La mayor parte de la gente desconfiaba de lo que se conocía en la época como “beneficio vaccínico” y en muchos casos su obstinación era apoyada por algunos médicos locales. Llegó a enviar a las autoridades una carta donde se quejaba amargamente de la irresponsabilidad de la gente y advertía que, aunque se bautizaban de quince a veinte niños todas las semanas en la Catedral, eran muy pocos los padres que se avenían a realizar esa práctica de inmunidad, exponiéndolos al fatal contagio.

Existía una cierta opinión extendida de que ese recurso del brazo a brazo no preservaba y que, al contrario, enfermaba. Finalmente Segurola pidió al gobierno que aplicara penas a los médicos que se oponían a la inmunización y el Triunvirato resolvió que los pa-

dres presentaran certificados de la inoculación de sus hijos. Si no lo hacían, debían pasar por el hospital para que los chicos fueran inoculados obligatoriamente y se encargó a la Policía la vigilancia del cumplimiento de estas normas. Era más que evidente la relativa eficacia de esa normativa, atendiendo la dispersión de la población y la labilidad de la fuerza policial para poder cumplir con su función.

Tras la anarquía del año 20 con la caída del gobierno central, en Buenos Aires asume el gobierno de Martín Rodríguez. Su ministro, Bernardino Rivadavia, promovió la creación del Departamento Oficial de Vacunación. Entre la población indígena, la aceptación de la vacuna fue resistida ya que, a su extrema desconfianza del “gualicho huinca”, se sumaban los prejuicios y las supersticiones. Por largo tiempo fue víctima de la enfermedad. Según el historiador Saldías, en 1826, al haberse difundido la viruela en algunas tribus, Rosas tuvo que citar a los caciques con sus tribus y se hizo inocular ante ellos; de inmediato, todos estiraron sus brazos para recibir la extraña práctica. Asimismo, el inglés Parish relata que durante un parlamento efectuado por Rosas en la Chacarita de los Colegiales, en 1831, se les suministró la inoculación/variolización a las comitivas de indios pampas y vorogas. El 19 de octubre de 1836, *La Gazeta Federal* también relata lo acontecido al Dr. Saturnino Pinedo, cuando cincuenta y dos indios fueron conducidos a la casa donde se alojaban cuatro niños con “vacunas de lo más excelentes”. En *Historia argentina* José María Rosa (1968), se cuenta que Rosas muchas veces acudía al chantaje con los indios: si no se vacunaban, no entregaba los suministros prometidos. Por su campaña en favor de extender esta práctica entre los indígenas del país, fue distinguido como “Miembro Honorario” por la Sociedad Jenneriana de Londres, el 4 de enero de 1832.

Tal como explica Di Liscia (2020), poco tiempo después, José María Cuenca indicaba que la inoculación de persona a persona se había abandonado, dado su éxito relativo, porque la viruela a veces se contagia “y se aproxima tanto que sus efectos no se distinguen corriendo las personas inoculadas el mismo riesgo” (Cuenca, 1836, citado por Di Liscia, 2020, p. 4).

Para la época se comenzaron a promover los experimentos de *cowpox* realizados por el Dr. Francisco Javier Múñiz con vacas argentinas. En 1841, consiguió finalmente reconocer ampollas en las ubres de las vacas de Luján, experimentos de los que anotició a la Sociedad Jenneriana de Londres al año siguiente, pues era una reproducción de estudios promovidos años antes en Inglaterra. Sacó material infectado, lo envolvió en láminas de plomo y las selló, entregándose las al dueño de los animales para su guarda. Días más tarde, ante el juez de Paz y otros testigos, vacunó exitosamente a varios niños con estas costras. Para el año 1844, Buenos Aires no tenía más el fluido de las vacunas y Muñiz se trasladaba a la ciudad con una de sus propias hijas, de pocos meses, recientemente vacunada. De sus pústulas se inocularon unas veinte personas y se reinició la cadena. Desde ese momento, se lo reconoció como el “descubridor de la vacuna argentina”.

En los pueblos de campaña eran los médicos de la policía quienes se ocupaban de aplicarla. Así, en Luján se le asignó un sobresueldo al Dr. Muñiz, mientras que en San Nicolás de los Arroyos y en Chascomús se hizo lo mismo con el Dr. Serrano y el Dr. Villanueva respectivamente.

Tras la caída del rosismo, aparentemente, se utilizaba el método de tomar el virus de las pústulas de vacas, aunque la técnica “brazo a brazo” (con virus “vaccínico” o virus humano) no habría desaparecido. Sin embargo, pasaron los años y las campañas de vacunación no tenían el alcance proyectado. Es más, en el año 1879,—cuando aún la ciudad de Buenos Aires trataba de recuperarse del brote de la fiebre amarilla en 1871, tal como analizan en el presente volumen Masán y Figuepron—, se desató otra epidemia de viruela. La prensa se hizo eco de la preocupación pública, poniendo como principal responsable al gobierno que podría haber evitado la enfermedad en la ciudad impidiendo la entrada de los indios —sobre todo mujeres y niños que eran llevados, producto del avance de la campaña militar, para ser colocados para servir en las casas de las familias de las elites porteñas— y

con dudas, al mismo tiempo, de ciertas medidas como la vacunación (Di Liscia, 2000, p. 71).

Hacia fines del siglo XIX, como analiza la citada autora, aunque las teorías sobre la herencia de determinados caracteres no estuviesen desarrolladas, diferentes especialistas consideraban que ciertas enfermedades eran más proclives entre un conjunto humano que en otro y que otras se transmitían de generación en generación. Esta cuestión dio origen a la geografía médica, por un lado, y al estudio de la constitución de las “razas” humanas, por el otro, para distinguir los particularismos que permitían la presencia/ausencia de enfermedades. Así, se pueden encontrar tesis como la del médico Pedro Mallo que, a pesar de citar profusamente fuentes históricas sobre el impacto de la viruela desde el siglo XV en América, sostenía que la responsabilidad era de los indios que, por sus costumbres y formas de vida o bien inconscientemente, a partir de sus diferencias biológicas, demostraban ante la civilización una incapacidad total para hacer frente a la enfermedad. Por su parte, Penna planteaba que las diferencias entre la virulencia variólica de blancos e indios se debían fundamentalmente al conocimiento y uso de la vacuna y no a otra causa (Di Liscia, 2000).

La prensa y los médicos como Penna y Sommer se sorprendían de que ciento cinco prisioneros no hubiesen sido vacunados en forma masiva antes de ser trasladados. Según Sommer porque “[...] traer las tribus conquistadas a la ciudad de Buenos Aires, sin haberlas vacunado previamente, es un defecto inconcebible y un error imperdonable” (Di Liscia, 2000, p. 74). Pero, según la citada autora, los informes del Olascoaga y el propio Penna muestran que esos pobladores originarios fueron vacunados al ser capturados. Lo que finalmente puede concluirse es que los datos parciales afirmarían la idea de que los jefes militares eran conscientes de la eficacia de la vacuna, suficientemente probada entre la población blanca. De hecho, algunos de ellos vacunaron por propia decisión o por consejo médico a los recluidos en los campamentos militares. Los informes médicos aceptaban la inmunidad que otorgaba la vacuna, sobre todo a partir de

la extensión de los estudios epidemiológicos de la segunda mitad del XIX. Sin embargo, muchos indios no fueron vacunados, con lo cual no solo se introdujo peligrosamente un foco de contagio sino que fue una forma indirecta de asegurar su desaparición bajo un arma que era a la vez terriblemente eficaz y desculpabilizante. En palabras de Pedro Mallo, se produjo una lamentable “devastación accidental”, en la cual los blancos no necesitaban asumir su responsabilidad. En adelante, quedaba a la Iglesia, la tarea de salvar las almas de los capturados infectados y confinados a la isla de Martín García, que habilitaba un lazareto para cuidar de ellos. El arzobispado de Buenos Aires tomó inmediatamente cartas en el asunto, se ocupó de enviar hermanas de caridad y sacerdotes, como el padre Birot, para hacerse cargo del mismo (Di Liscia, 2000, p. 75).

Eran tiempos en los que cuando el *cowpox* no podía utilizarse, se apelaba al líquido de las pústulas a través de reservorios virales. Es decir, de individuos vivos con el virus en determinadas condiciones. Como explica Di Liscia en su reciente trabajo, en esos experimentos –por su extremada peligrosidad– se utilizaban los cuerpos de esclavos y, en el caso del Río de la Plata, a niños de pocos meses, sanos, bien alimentados y, si era posible, también huérfanos. Aquellas prácticas espantaban a los progenitores, al ver utilizar las lancetas para hurgar en las pústulas de los bebés porque acarrea hemorragias y a veces infecciones (en Baron de Finck, 1855; Amoretti, 1886, citado por Di Liscia, 2021, p. 6). De allí que los niños huérfanos fueran parte mayoritaria de esas experiencias. Como refiere la autora, no sorprende entonces la altísima (escandalosa) mortalidad infantil de los expósitos, que superaba la media de entonces y trepaba a más de 400 por mil. Dado el requerimiento de recursos que requería el sistema del *cowpox*, y a pesar de las resistencias populares y de las mismas elites por tratarse de un método riesgoso, antihigiénico e inseguro, siguió existiendo durante mucho tiempo, más allá de las decisiones tomadas en consultorios privados con los métodos y las formas de inocular/vacunar.

Las dificultades para prevenir el azote de la viruela y otras gra-

ves enfermedades devinieron en una de las metas principales de la generación de higienistas. Con ese propósito justificaban una mayor intervención sobre los cuerpos para aislar, limpiar, ordenar y vacunar. Según la definición más usual, la medicalización constituye un proceso llevado a cabo desde el Estado para modificar las normas y valores individuales, al atender el bienestar colectivo y el futuro para tales imposiciones. Sin embargo, no sería un simple y lineal avance del progreso científico, ni tampoco puede considerarse la eficacia del control del biopoder sobre los cuerpos. Desde ese lugar,

[...] la vacunación antivariólica constituye uno de los primeros y mejores ejemplos para observar tal situación, sobre todo en un territorio como la República Argentina de finales del siglo xix y principios del xx, tanto sea para incluir grupos afines con los que se deseaba aumentar el nivel de contacto como para contribuir, negando la vacunación, a su extinción (Di Liscia, 2011, p. 410).

Es sugerente advertir cómo desde fines del siglo xix se asistió a una tensión entre ese avance en la intervención del Estado –a partir de la acción de los higienistas– con el propósito de promover mejoras en la infraestructura urbana y reducir la mortalidad y, de ese modo, regular la vida y las costumbres de la población urbana. Y, por otro lado, aquellas posturas –incluso de referentes de la medicina– que asumían la defensa de la libertad de los individuos para decidir sobre la salud de sus cuerpos. Ciertamente, el cólera en 1868 y 1886 y la fiebre amarilla en 1871, con miles de muertos en el Litoral, permitieron abrir la puerta a ese sector de profesionales que requería para consolidarse de una mayor implicación en el Estado–nación. Esta situación se vincula con las transformaciones científico–médicas producto de la Revolución Pasteuriana y con el estudio de microorganismos identificados como productores de patologías. Un dato más que relevante es que por el año 1881, Louis Pasteur bautizaba como “vacuna” un producto artificial para inmunizar contra la rabia, en homenaje a Jenner. Aquellos estudios se dieron a conocer

rápidamente en nuestro país, otorgándole a la vacunación un rigor científico mayor que la práctica artesanal y rutinaria de la inoculación que se venía implementando.

Siguiendo el estudio de Di Liscia (2011), en el caso de la viruela, el número de víctimas entre 1855–57, fue de 25 decesos en la ciudad de Buenos Aires y 35 en la campaña; entre 1858–1867, ascendieron a 666 en la ciudad y a 1 728 en la campaña, y en el decenio 1868–1877, a 4 796 y 9 875 respectivamente. Los picos epidémicos con miles de afectados y una alta mortalidad se produjeron en 1871, 1875 y 1876. Las razones del aumento de víctimas mortales eran varias: el incremento demográfico de la capital porteña y de la provincia de Buenos Aires, las consecuencias sociales de la urbanización acelerada y, por supuesto, la imposibilidad de vacunar a toda la población. Se desconocía la situación epidémica del resto del país, aunque cada tanto aparecía en la prensa nacional y médica información sobre brotes de viruela en las ciudades de Cuyo (Mendoza) y del noroeste argentino (Tucumán). La negativa de la población por aceptar libremente la medida iba unida a la dificultad de aislar a los afectados y prevenir el contagio, papel en el cual estaban directamente imbricadas las creencias y costumbres de los sectores populares y de la Iglesia.

Por otra parte, la dinámica económica y la diversificación social, celebrada como el producto del progreso argentino, tuvo efectos no deseados como un proceso acelerado de urbanización en las ciudades del Litoral. En el caso de Buenos Aires, la creciente radicación de la inmigración mostró peligrosamente la presencia de desconocidos rostros nuevos que habitaban, en su gran mayoría, en conventillos, viviendas inadecuadas y sucias, sin servicios sanitarios de ningún tipo, en habitaciones pequeñas y sin ventilación. El contagio epidémico en los barrios populares se convirtió en una peligrosa realidad.

En 1886, la Legislatura Porteña aprobó finalmente la vacunación obligatoria sobre la base del proyecto presentado por Emilio Coni en 1878, en el cual se conectaba la vida de los recién nacidos al registro estatal. En la reglamentación, que se implementó en 1887, la instrumentación dependía del Registro Civil, organismo creado bajo el go-

bierno de Julio A. Roca a partir de la Ley 1565 para la Capital Federal y los territorios nacionales. Para 1889 se generalizó al resto del país. La legislación, unida a la denuncia obligatoria de enfermedades contagiosas que los médicos debían realizar a la policía y a las autoridades sanitarias se hizo extensiva ese mismo año a la provincia de Buenos Aires. En el caso de otras provincias, como la de Entre Ríos, Santa Fe, San Juan y Córdoba había ordenanzas municipales similares, aunque no siempre planteaban la obligatoriedad de la medida. La regulación la realizaban, en los casos provinciales, los respectivos Consejos de Higiene o las municipalidades de las capitales. De acuerdo a la organización federal del país, la autonomía provincial implicaba que el Departamento Nacional de Higiene no pudiera intervenir en cuestiones sanitarias provinciales que dependían de los propios Consejos de Higiene.

A comienzos del siglo xx, los directores del Departamento Nacional de Higiene José María Ramos Mejía (1891–1900), Carlos Malbrán (1904–1910) y José Penna (1910–1916) intentaron ampliar la injerencia estatal –con éxito limitado– a todo el ámbito nacional, a partir de la Ley de Defensa Sanitaria que preveía la intervención federal en las provincias en caso de epidemias, y la Ley 4202 de vacunación y revacunación obligatoria, sancionada en 1903, un año después. Aquellas campañas que involucraban también a la escuela pública, significaron un nuevo frente que las autoridades sanitarias –junto a las educativas– debieron librar en contra de la resistencia de muchos padres que se oponían a que sus hijos fueran inoculados con la vacuna (Bertoni, 2001; Lionetti, 2007).

Al generalizar la vacunación y ampliar la medida con la obligatoriedad, también cambió la escala de elaboración y se montaron instituciones *ad hoc*. En el caso argentino, prácticamente toda la producción se concentró en 1890 en el Conservatorio Nacional de Vacuna y en el Instituto Veterinario de Santa Catalina en la provincia de Buenos Aires. Hacia 1901, en el Instituto de Bacteriología en la Capital Federal, denominado en 1916 Instituto de Bacteriología, Química y Conservatorio de Vacuna Antivariólica.

Más allá de las recurrentes resistencias, Emilio Coni certificaba en aquellos años la vacunación de tres millones de personas en la primera década del siglo xx. Para 1912, se anunciaba triunfalmente un brusco descenso de la mortalidad por viruela en la Capital Federal por la generalización de la inmunidad. En el resto del territorio argentino se esperaban resultados similares cuando se completase la vacunación y revacunación de la totalidad de la población (Di Liscia, 2011, p. 419).

Como explica minuciosamente Di Liscia, los avances de estos años en la obtención de las vacunas constaban en una suerte de experiencia veterinaria rutinaria, pero se le habían sumado prácticas de laboratorio más novedosas. De todos modos, entre ambas, no cejaba la importancia de la prueba en seres humanos como decisión final. En tal caso, se suponía que las vacunas estaban “puras” (sin bacterias) pero podían ser inertes y en consecuencia, la cepa de esa serie se descartaba al no tener efecto inmunizador. Seguidamente, se procedía a la conservación, instancia delicada y que requería otros cuidados, ya que la linfa glicerinada y seca se disponía en placas a 120 ° durante media hora y luego se recubrían de parafina para asegurar una duración de tres a cuatro meses en lugar fresco. Cada placa llevaba el nombre del *vaccinógeno* y la fecha, para realizar su distribución. Para desatacar que, era el conservatorio/instituto el encargado de producir y distribuir las vacunas.

Médicos como Penna y Madero, en torno a 1910 insistían, frente al desconcierto de la resistencia de la población por aceptar la reglamentación, que la inmunización artificial por la vacunación, era superior a cualquiera de los otros medios preventivos usuales como el aislamiento, el saneamiento del foco y la desinfección misma. No hay registro de movimientos como la Liga Antivacunas, que realizó congresos en distintas ciudades europeas como en el caso de París, casi contemporáneamente a que Pasteur denominaba a la vacuna como procedimiento preventivo. Sí se pueden registrar ciertas reacciones individuales o familiares a la medida de la vacunación obligatoria impulsada por las autoridades, sobre todo como mencio-

namos más arriba, ese registro está cercano a las escuelas. Allí, como en los ochenta en oportunidad de sancionarse la Ley 1420, hubo voces que reclamaban por la autoridad de los padres para tomar la decisión, en este caso sobre la salud de sus hijos, frente al avance de un estado con sus políticas públicas. Algo que, incluso, podemos detectar en nuestros días a propósito de la implementación de la Ley 26150 de Educación Sexual Integral. Se comparte en este caso el sugerente presupuesto de Di Liscia cuando afirma que la inexistencia de un movimiento organizado antivacuna podría deberse a una aceptación de ese amplio arco ideológico de intelectuales y profesionales que acompañaron las iniciativas de un Estado que avanzó con sus políticas públicas en lo sanitario y educativo. Un acompañamiento no exento de críticas y reposicionamientos a lo largo del siglo xx. Como sea, en el caso de la vacunación era

[...] una primera medida de la medicalización, impuesta como modelo científico para luchar contra una epidemia, la de viruela, pero que servía de ejemplo para extender los preceptos higiénicos en general. Así, esta medida se constituyó en bandera y uno de los principales recursos de un Estado que se suponía moderno, con su aparición en lugares ignotos de la geografía nacional, en los territorios arrebatados a las poblaciones originarias y donde se dibujaba un nuevo mapa, con población europea (Di Liscia, 2020a, p. 8).

De todos modos, las epidemias se hacían presentes cada tanto. El Estado no tenía potestad para exigir que los inmigrantes ingresaran al país con una certificación de vacunación, ni tampoco para ingresar en las viviendas y vacunar –sin acuerdo de los progenitores– a los niños. Dependía del acuerdo general de la población en aceptar la vacunación y que acudiera a los centros oficiales donde se brindaba gratuitamente el material en condiciones.

La vacuna debía ser una para todo el país y debía provenir de un centro público y controlado por el Estado, pero el principal escollo pasaba por la distribución, dado el escaso compromiso de las autoridades provinciales, incluso de las propias autoridades de la Ciudad

de Buenos Aires, cuya asistencia se estimaba como modélica para la atención médica de aquellos años.

Esta situación propició que las políticas sanitarias de entonces se implementaran a lo largo de la extensa cartografía territorial del país a partir de la puesta en marcha de instituciones portátiles. Los agentes sanitarios, generalmente practicantes o auxiliares, viajaban por desiertos y cruzaban montañas y ríos para llegar a ignotos pueblos, donde auxiliados por autoridades locales –policías y maestras–, desplegaban sus lancetas y placas y allí vacunaban a familias enteras (Di Liscia, 2017). Aquella era una presencia más cercana de esas políticas estatales. Fueron los rostros de un Estado (Bohovslasky y Soprano, 2010) que la mayoría de las veces estaba distante de las necesidades de las comunidades. Finalmente, el sentido último de aquellas empresas sanitarias no dejaba de vincularse con esas acciones de tenor modernizante de fines del siglo XIX que levantaba las banderas de la civilización. Más allá de estas idas y vueltas, de los alcances y límites de esas medidas, lo que puede reconocerse es que fue una de las escasas políticas nacionales exitosas sostenidas en el tiempo que contemplaba la cadena de la producción de vacunas hasta su distribución.

Con el correr de los años continuaron las campañas promoviendo la vacunación. Para los años treinta se transformó en una rutina y luego se relegó frente otras urgencias, como las campañas y proyectos para controlar el avance de la malaria, el paludismo, el tifus y la uncinariasis, entre otras. Si podría decirse que hubo brotes controlados que permitían afirmar un ejercicio normal de los sistemas sanitarios (Di Liscia, 2020^a, p.12). A modo de ejemplo, en las provincias del norte hubo una preocupante presencia de casos que se la asoció a la llegada de la migración estacional de mano de obra, procedentes de países limítrofes. Sin embargo, tampoco puede desconocerse que las campañas de vacunación tuvieron cierto fracaso, producto de la persistencia de una práctica que siguió manteniéndose en el borde de lo artesanal y de base muy similar a la inoculación. En cincuenta años, las técnicas para vacunar se habían

transformado muy poco en Argentina y tampoco la producción del material había sufrido cambios destacados. Recordemos que desde 1885 la primera generación de científicos herederos de la Revolución Pasteuriana había explorado diferentes caminos en relación con la atenuación de virus por alta temperatura, agentes químicos, uso de determinadas cepas o el cultivo celular que, a partir de 1949, permitió la fabricación de vacunas virales y abrió un nuevo capítulo tanto técnico como científico (Moulin, 2010, citado por Di Liscia, 2020a, p. 13). La apuesta nacional había sido formalizar políticas públicas centralizadas y controlar la producción, conservación y distribución oficial con cobertura universal, a costa de gestar y mantener el sistema con bajo nivel de innovación. Unos de los pocos cambios fueron el reemplazo de placas de vacunas por tubos capilares para conservación de la linfa y pomos de 25 a 50 dosis, cuando la Sección de Vacuna pasó a formar parte directa del Instituto de Bacteriología (Sussini, [1939] citado por Di Liscia, 2020a, p. 13).

En los tiempos del primer y segundo gobierno peronista, se producen una serie de cambios en el escenario de las políticas públicas sanitarias de alcance nacional, con antecedentes claros de intervención y gestión pública desde los años veinte. El giro evidente en los años cuarenta y cincuenta pasó porque se introdujeran nociones que formulaban el “derecho a la salud”. Una nueva estructura ministerial y un notorio incremento de infraestructura, recursos técnicos y humanos, signaron aquellas políticas. Lo llamativo es que la viruela no tuvo la centralidad de otros tiempos, razón por la cual reaparecieron brotes hacia 1949 (Ramacciotti, 2015). Nuevamente se debatió si se trataba del virus de la viruela mayor o del alastrín, con efectos menos graves en el organismo humano como se explicó anteriormente. Las denuncias que la prensa hizo sobre la emergencia de estos nuevos casos, pasaban también por mencionar la falta de eficacia de la “vacuna vitrina”, que se conservaba sin refrigeración. También fue la ocasión para que ciertos pronunciamientos contra el gobierno señalaran la declinación de las campañas de vacunación.

Dos años después de la Revolución Libertadora, se indicaba que

solo un 40 % de la población estaba vacunada. Por entonces, y haciéndose eco de tal preocupación, se reprogramaron campañas masivas y según Ramacciotti (2015), se utilizó en el norte del país una nueva vacuna confeccionada entre el ahora denominado Instituto Nacional Carlos Malbrán y la Organización Panamericana de la Salud [OPS].

En los contextos políticos de la llamada Guerra Fría hubo nuevas iniciativas compartidas de los gobiernos de Estados Unidos y la URSS, junto a organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud [OMS] fundada en 1948, para promover acciones en favor de erradicar enfermedades como la viruela. Estados Unidos y la OPS generaron programas específicos en América que, de todos modos, no mostraron gran eficacia. Así fue que, en los años sesenta, se le dio un nuevo impulso cuando se reunieron los ministros de Salud de los países de la Cuenca del Plata (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay), con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo [BID], para acordar acciones en pos de controlar las enfermedades transmisibles. La viruela tuvo un lugar especial en la coordinación de campañas articuladas en las zonas de fronteras y se instó a la promoción de servicios para diagnóstico, reuniones entre los jefes de las campañas e incrementar la producción de “vacuna liofilizada” de buena calidad para reemplazar la glicerina que, como se dijo, era por la que se había optado dado que se producía en nuestro país.

En octubre de 1960, en Argentina, se sancionó la Ley 15465 de Salud Pública, que obligaba a la declaración de enfermedades infecciosas; entre ellas, la viruela y el alastrín como dentro del “Grupo A”. También por aquellos años, el país había ingresado en una fase de expansión de la investigación científica y de creación institucional de organismos vinculados con la ciencia y la producción sin precedentes, coartada por el golpe militar de 1962 (Campins y Pfeiffer, 2017, citado por Di Liscia, 2020a). El Instituto Malbrán se refundó bajo este concepto de desarrollo científico con proyectos de biomedicina orientados a la investigación genética. Se contrataron figuras como Ignacio Pirotsky, se invirtió en equipamiento de punta y se

fortaleció la formación con becarios que estudiaban en laboratorios de Gran Bretaña y Francia. “El quiebre democrático de 1962 detuvo este crecimiento que hubiera quizás propulsado a Argentina hacia carriles de investigación de enorme importancia, como lo demuestra el exilio de César Milstein, dada la imposibilidad de continuar su labor en el Malbrán” (Di Liscia, 2020a, p. 15). El Instituto volvió a su tradicional corte “sanitarista” orientado al control epidemiológico (Kreimer y Ferpozzi, 2016).

A lo largo de esa década, a las recurrentes campañas de vacunación masiva se le sumó la expansión de la producción de la vacuna antivariólica, siempre usando la técnica de glicerinización puesta en práctica desde principios de siglo. Fue a partir de 1971, cuando ante la ausencia de casos, se declaró al país libre de viruela y, bajo la recomendación de la Sociedad Argentina de Pediatría, se eliminó la vacunación antivariólica definitivamente en 1979, en plena dictadura militar, por los riesgos que suponía en los niños que tenían solo una remota posibilidad de enfermar (Ley 22109, 1978–1979).

Epílogo

En estas páginas hicimos un extenso recorrido temporal y espacial, no exento de una excesiva generalidad, por el que pasamos del entusiasmo con el que se abrazó la práctica de la inoculación y variolización a la llegada y difusión de la vacuna. Las experiencias realizadas por Edward Jenner sobre el *cowpox* –virus vacuno similar a la viruela– y su difusión por el resto de Europa y a América, a través de la Expedición Balmis entre 1803–1804, fue muy estudiada, sin embargo, aquí se las recuperó a los efectos de brindar una información básica para un público lector más amplio. Ciertamente, las técnicas para obtenerla de animales con virus similares fueron conocidas tempranamente en el Río de la Plata pero, de hecho, fue compleja su producción. Se requerían de vacunos para escarificar de manera constante y sistemas de conservación de la pulpa de la linfa

obtenida, además del uso de un sistema de atenuación de los virus que asegurara inmunidad, limitando su peligrosidad. Como sea, los grabados, pinturas y fotografías dan cuenta de esa puesta en escena de la inoculación que buscaban mostrar –no sin cierta extrañeza y conmiseración de nuestras miradas contemporáneas– el despliegue de esas medidas de corte higiénico. Valga como ejemplo, esta foto recuperada de la práctica de inoculación en Barcelona muy cercana a las experiencias puestas en práctica en nuestro país.



Inoculación de pus de vaca en el Hospital de Niños Pobres de Barcelona, hacia 1890.

Fuente: Ayuntamiento de Barcelona.

En el caso de la Argentina, las últimas epidemias de viruela que registraron un número importante de víctimas mortales se produjeron en 1945. En esas circunstancias se sospechó en una suerte de abandono del cumplimiento obligatorio de la vacunación. De hecho, la viruela había devenido en una enfermedad endémica.

Para los años sesenta y setenta, se registran esfuerzos en pos de la erradicación de la viruela, con la vacunación o revacunación de millones de personas, que tuvo nuevos contenidos políticos. Las campañas tuvieron un fuerte impacto mediático en momentos donde las convulsiones políticas marcaron el rumbo del país. Como argumenta Di Liscia (2020a):

Quizás sería preciso analizarla a nivel del subcontinente en pos de acuerdos políticos mayores, como aquellos logrados por Estados

Unidos para la lucha anticomunista. En esta situación, Argentina logró entonces insertarse en el concierto internacional con una medida muy publicitada y de corte humanitario, que finalizó exitosamente “matando” a una enfermedad (“Small pox is dead”). En las convulsiones de la Guerra Fría y luego, con las demandas crecientes del Tercer Mundo, eliminar de cuajo una enfermedad proporcionaba alicientes sobre otros posibles acuerdos, que finalmente no llegaron, para también lograr lo mismo con la pobreza o la desigualdad. En este camino, trazado sobre la paz y en pos del acuerdo de naciones muy diversas, la OPS dirigió la campaña de América del Sur y allí se denotan, al menos en aspectos técnicos, las renuencias de Argentina (Di Liscia, 2020, p. 21).

Si bien nuestro país no recibió recursos significativos para ese programa de erradicación de la enfermedad y tampoco Argentina fue una entusiasta financista de la OPS y siguió utilizando vacunas glicerizadas, a pesar de que no eran las recomendadas, finalmente la batalla contra el virus *variola major* fue exitosa. La legislación antivariólica de 1904 fue derogada recién en 1978, durante la última dictadura militar. En el decreto se especificaba que la Sociedad Argentina de Pediatría aconsejaba suspender la vacunación por los riesgos que suponía en los niños, habiendo una remota posibilidad de enfermar.

Por su parte, la OMS también recomendó suspender la vacunación antivariólica. El cocinero somalí Alí MaowMaalin, de 23 años, fue la última persona que se infectó de viruela de manera natural, el 26 de octubre de 1977.



Fuente: Organización Mundial de la Salud

Su foto –curado, sonriente y sin pústulas meses después– es un icono de la salud pública. Gracias a esa campaña de vacunación masiva, la viruela fue la única enfermedad humana erradicada de la faz de la Tierra, según lo indicó esta entidad de 1978.

En nuestro país, cuando se eliminó la viruela, ya estaba presente un nuevo calendario de vacunación para el sarampión y la poliomielitis por lo cual podía reutilizarse el sistema de vigilancia epidemiológica ensayado con la viruela (Rodrigues, 1975). En el calendario de vacunación nacional obligatoria de 1985, con pocos cambios hasta el presente, se afirmaba que los problemas más frecuentes, a pesar de todos los esfuerzos, era la negativa de la población a vacunarse. La cobertura no llegaba al 75 % de la población cuando lo óptimo era que superara el 95 %. Las razones eran un “insuficiente conocimiento de los beneficios de las vacunas y escasa captación por parte de los servicios de salud” (Di Liscia, 2011, p. 420). Aquella tensión entre el diseño y el avance de políticas públicas sanitarias y las resistencias de sectores de la sociedad civil que levantaban su derecho a decidir por el bienestar de sus hijos es parte de ese liberalismo a la negativa de tradición anglosajona tan bien explicado por Merquior (1993).

A la luz de nuestro presente, este viaje a través de la historia de una de las tantas epidemias que pusieron en vilo la vida de la gente, nos permite hacer algunas reflexiones sobre el escenario que se aproxima al “volver después del contagio”. Los cruces y debates sobre temas de la salud se connotan de sentidos políticos e ideológicos, se resignifican y muestran fuertes continuidades a lo largo del tiempo. Por un lado, se da esa tensión entre la necesidad de fijar una política estatal de prevención que garantice la salud de la población y, por otro, los que asumen “su” autoridad para decidir sobre sus cuerpos. Pero también, si esas políticas no alcanzan logros casi inmediatos (algo claramente imposible en materia de sanidad colectiva, y vaya la enfermedad de la viruela como ejemplo), se tiñe una problemática de tanta relevancia de contenidos estrictamente coyunturales y partidarios, sin tener el tenor de un debate profundo y de tenor ideológico, que valga la pena instalar ante la opinión pública con to-

dos sus matices y complejidades. En medio, se tejen las sospechas de maniobras u operaciones de los grandes laboratorios –ciertamente no sin fundamentos– y, en nuestros días de covid-19, ha sido un argumento fuerte para aquellos que se resisten a ser vacunados por los supuestos efectos secundarios que pudieran ocasionar vacunas escasamente probadas. Como nuestra propia historia lo muestra, tampoco podemos hablar de movimientos antivacunas en nuestro país. Fueron reacciones oportunistas que, en muchos casos, luego denunciaron la falta de vacunas o posturas extremas de algún/a comunicador/a social. No sucede lo mismo para casos como los de Estados Unidos e incluso Francia, donde existen dosis suficientes pero un alto porcentaje de la población no se ha vacunado. La historia también da cuenta de esa resistencia. Y, vale una última reflexión: si bien las epidemias –como en este caso la viruela– no hicieron distinción de etnias, condición social, de género y edad, ciertamente, fueron los cuerpos frágiles e indefensos –de niños huérfanos y esclavos– objeto de la realización de prácticas riesgosas en pos del bien de la humanidad. Una de esas tantas desigualdades que las pandemias potencian, tal como podemos dar cuenta en nuestra realidad más inmediata. Volver la mirada hacia ese pasado nos nutre para reflexionar, este es el sentido de este esfuerzo en conjunto que hemos asumido como científicos sociales en la presente producción.

Bibliografía

Armus, Diego (2000). El descubrimiento de la enfermedad como problema social. En: Mirta Lobato (dir.). *Nueva Historia Argentina. El progreso, la modernización y sus límites (1880–1916)* (pp. 507–551). Buenos Aires: Sudamericana.

Balagher Perigüell, Emilio y Ballester Añón, Rosa (2003). *En el nombre de los niños. Real Expedición Filantrópica de la Vacuna 1803–1806*. Recuperado de <<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/prologo.pdf>>

Bertoni, Lilia Ana (2001). *Patriotas, cosmopolitas y nacionalistas. La construcción de la nacionalidad argentina a fines del siglo XIX*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Bohoslawsky, Ernesto y Soprano, Germán (2010). *Un Estado con rostro humano*. Bs. As.: Prometeo.

Bombino Ruiz, Evelyn y Pérez Pino, Lenier (2014). Historia de las epidemias durante la etapa colonial: Fiebre amarilla, viruela y otras enfermedades. (s. d.). Recuperado de <<https://www.monografias.com/trabajos103/historia-epidemias-etapa-colonial-fiebre-amarilla-viruela-y-otras-enfermedades/historia-epidemias-etapa-colonial-fiebre-amarilla-viruela-y-otras-enfermedades.shtml>>.

Campins, Mónica y Pfeiffer, Ana (2017). La industria farmacéutica argentina y su entorno socio-económico (1958–2010). *Anuario CEEED*, 9, 91–133.

Carreras Panchón, Antonio (1991). *Miasmes i retrovirus. Quatre capítols de la història de les malalties transmissibles*. Barcelona: Fundació Uriach 1838.

Corbin, Alain (1987). *El perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social. Siglos XVIII y XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.

Corbin, Alain (2018). Reflexiones sobre el agua dulce, el agua salada, y su historia. *Cuadernos LIRICO*, 18. Recuperado de <<http://journals.openedition.org/lirico/4600>>

Cuenca, José María (1836). *Disertación sobre las viruelas*. (Tesis presentada y sostenida en la Universidad de Buenos Aires). [Manuscrito].

Farge, Arlette (2008). *Efusión y tormento. El relato de los cuerpos. Historia del pueblo en el siglo XVIII*. Madrid: Katz.

Frías, Susana y Montserrat, María Inés (2017). Pestes y muerte en el Río de la Plata y Tucumán (1700–1750). *Temas de historia argentina y americana*, 25. Recuperado de <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/7397/1/pestes-rio-de-la-plata-tucuman.pdf>

Donzelot, Jacques (2000). *La Policía de las Familias*. Valencia: PreTextos

Di Liscia, María Silvia (2000). Robar el paraíso. Indios, viruela y bautismo en Argentina (1870–1884). *Quinto Sol*, 4, 67–86.

Di Liscia, María Silvia (2011). Marcados en la piel: vacunación y viruela en Argentina (1870–1910). *Ciência e saúde coletiva* 16, (2), 409–422. Recuperado de <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200005>>

Di Liscia, María Silvia (octubre 2020a). *La viruela y su erradicación en Argentina, una historia reciente*. Trabajo presentado en el Coloquio Internacional “Habitar el miedo. Pasado y presente de las epidemias”, Universidad Nacional de La Plata. La Plata, Buenos Aires.

Di Liscia, María Silvia (2020b). Las epidemias de viruela y la vacunación en Argentina entre dos siglos. De arma biológica a extensión de la medicalización. En Adriana Alvarez (ed.), *Epidemias en Argentina*[en prensa]. Mar del Plata: EUDEM.

García Cáceres, Uriel (2003). Reseña histórica la implantación de la viruela en los Andes, la historia de un holocausto. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 20(1), 41–50.

Grasso Fontán, Carlos (18 de junio de 2009). Contexto histórico de las prácticas médicas en la Revolución de Mayo. *Siic Salud*. Recuperado de <<https://www.siicsalud.com/dato/editorial.php/118629>>.

Horacio (22 de julio de 2018). Epidemias de la época colonial. *El arcón de la historia*. Recuperado de <<https://elarcondelahistoria.com/epidemias-desde-la-epoca-colonial>>.

La Nueva (23 de mayo de 2010). La salud en los tiempos de la Revolución de Mayo. Recuperado de <https://www.lanueva.com/nota/2010-5-23-9-0-0-la-salud-en-los-tiempos-de-la-revolucion-de-mayo>.

Lionetti, Lucia (2007). *La misión de la escuela pública: educar al ciudadano de la república*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

Mc Neill, William. (1976). *Plagues and peoples*. New York: Anchor Press.

Méndez Elizalde, Enrique (2011). Viruela. Llegada y partida de la Argentina. *Revista Argentina de Radiología*, 75 (3), 207–213.

- Merquior, José G. (1993). *Liberalismo viejo y nuevo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Morató Cristina (2005). *Las damas de Oriente. Grandes viajeras por los países árabes*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Moulin, Anne Marie (2010). Les déterminants de la politique vaccinale. *ADSP Actualité et dossier en santé publique*, 71, 14–16.
- Kreimer, Pablo y Hugo Ferpozzi (2016). De Milstein a la bioinformática. Emergencia y desarrollo de la biología molecular en Argentina. En Pablo Kreimer (ed.), *Contra viento y marea. Emergencia y desarrollo de campos científicos en la periferia, Argentina, Segunda Mitad del Siglo xx*, (pp. 105–145). Buenos Aires: Clacso.
- Ramacciotti, Karina Inés (2015). Hospitales públicos y campañas sanitarias (1945–1955). En: Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdán y Karina Inés Ramacciotti (dir.), *La salud pública y la enfermería en Argentina*, (pp. 123–168). Buenos Aires: UNQUI.
- Rosa, José María (1968). *Historia argentina. Unitarios y federales (1826-1841)*. Tomo IV. Buenos Aires: Editorial Oriente.
- Sussini, Miguel (1939). La sanidad en Argentina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 18 (6), 509–515.
- Viñes Rueda, José Javier (2018). Médicos navarros contra la viruela en el siglo XIX. *Pregón siglo XXI*, (49). Recuperado de <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7297654>>.
- Wortley Montagu, Mary (2017). *Cartas desde Estambul*. Madrid: La Línea del Horizonte Ediciones.

Cuando la fe sana

Los recursos religiosos tradicionales en la enfermedad y la epidemia

Jesús Binetti

A fines del siglo pasado, el departamento de medicina de la Duke University lanzó un proyecto de investigación con el nada sutil título de MANTRA. El nombre era el acrónimo de *Monitoring and Actualization of Noetic TRAINings* y sus propósitos eran observar la incidencia de ciertas prácticas culturales y religiosas en los tratamientos médicos. La ubicación de la universidad no era, por cierto, ajena a la propuesta: Durham, Carolina del Norte, corazón mismo del *Bible Belt* estadounidense.

En el marco de ese proyecto, se llevó a cabo una serie de indagaciones con resultados, muchas veces, contradictorios y nunca concluyentes. Una de las más difundidas se efectuó en 2003 (Krucoff et al., 2005). A diferentes grupos religiosos se les solicitó que rezasen por la sanación de 371 personas próximas a recibir una angioplastia. Los grupos de oración estaban divididos según el credo de cada una de ellas. Otros 377 pacientes, en similar condición médica, no recibieron rezo alguno por su bien. Ninguno de los 748 intervinientes en la prueba sabía si se estaba orando, o no, por su curación.

La investigación se proponía evaluar la eficacia de una práctica tan habitual entre los numerosos bautistas y metodistas del sur de

Estados Unidos como en los creyentes de las restantes religiones monoteístas. Quizá su resultado no resulte curioso: luego de la intervención quirúrgica, no hubo diferencias significativas en los porcentajes de curación, complicaciones posoperatorias o muerte entre los que habían recibido oraciones en su favor y los que no. Y esto, vale agregar, independientemente de la fe en la que se había rezado.

La conclusión final del estudio fue oro en polvo para las asociaciones dedicadas a difundir el ateísmo: Dios no existe, o, si existe, no atiende ruegos. Hasta la actualidad, es común que en sus páginas oficiales citen el MANTRA 2003 como instancia legitimadora de sus convicciones.

La razón de los que creen

El título de este capítulo puede parecer contradictorio con los resultados de la investigación referida. Pero estamos tan lejos de pretender refutarla como de desdecirnos del nombre elegido. Porque, en rigor, la sanación a la que aludimos se encuentra en un plano distinto al de la curación médica o corporal. Aunque, por cierto, la fe puede dar lugar al desarrollo de mecanismos salutogénicos muy difíciles de desencadenar sin su presencia. Y muy difíciles también de mensurar.

No expondremos aquí las decenas de estudios sobre fenomenología de la religión que pueden elucidar la persistencia de cierto tipo de prácticas, pese a las comprobaciones en contra de su eficacia que se puedan verter. Basta considerar el punto en el que concuerda la mayoría de ellos y que nos es particularmente explicativo: los fines explícitos del rito son solo una de sus partes constituyentes, tras ellos se esconden otros en latencia que, muchas veces, influyen en su sostenimiento más que los taxativamente invocados. Frente a esta realidad, no es aventurado agregar que no suele ser por la ausencia de respuestas divinas que los ejercicios rituales decaen en su uso,

sino porque otras prácticas sociales reemplazan aquello que ocultaban durante su desarrollo.

Resulta fácil comprender entonces que la oración compartida – por la salud de un enfermo o no– genera un conjunto de relaciones, lazos de pertenencia y solidaridad que muy difícilmente serán abandonados por la mera constatación que el motivo explícito del ruego no se efectivizó. De hecho, otros de los estudios MANTRA realizados, al igual que muchas investigaciones, llegaron a una conclusión diferente: en los casos en que los convalecientes sabían que se estaba rezando por su curación, participaban de las oraciones o asistían a los templos, sí se evidenciaron variaciones positivas en su evolución médica (Powell, Shahabi y Thoresen, 2003).

Claro que este fenómeno puede ser explicado sin la necesidad de suponer una intervención divina en la sanación. Tanto el “efecto placebo” como el cambio anímico de los enfermos al saberse acompañados ayudan a elucidarlo. Podría afirmarse incluso que, en esos casos, los propósitos latentes del rito inciden sobre los manifiestos, llevando así a una suerte de profecía autocumplida.

Estas realidades, sin embargo, refieren a un aspecto restringido de la religión o, si se prefiere, de la religiosidad aplicada a la enfermedad o la epidemia. Existen otras que, quizá con mayor énfasis, explican el uso de esos recursos a través de los siglos.

Hace no mucho tiempo, en un abordaje histórico, analizamos las novenas de ruego realizadas en la ciudad de Buenos Aires durante la etapa tardocolonial (Binetti, 2019). No hubo en esos años epidemias, como la de tabardillo de 1727, aunque los males a expulsar –plaga de langosta y sequía, en todos los casos– solían asociarse a la aparición de ciertas enfermedades como las *calenturas catarrales*. Durante el medio siglo que estudiamos, solo en una oportunidad se juzgó como milagrosa la respuesta recibida a una rogativa: en 1772, comenzó a llover en medio de un novenario que estaba pidiendo, justamente, por el fin de la seca. Pero en ninguno de los otros cincuenta años relevados sucedió algo siquiera parecido. Es decir, las novenas y pedidos se sucedían hasta que los ciclos naturales volvían a recuperar la nor-

malidad que se juzgaba perdida. Tan sencillo, al fin, como decir que siempre volvió a llover o que las langostas, a la larga, se marcharon.

Quizá algunas preguntas retóricas nos guíen al punto al que queremos llegar con este ejemplo: ¿Qué llevaba entonces a los cabildantes que organizaban los novenarios a renovar una y otra vez su compromiso con Dios y el intercesor San Martín de Tours? ¿En qué medida creían que el tardío o temprano final del mal se debía a una intervención divina? ¿Concebían en el mundo cierto ordenamiento natural o, por el contrario, toda calamidad era responsabilidad del Demonio y toda dicha, obra de Dios? ¿Qué venían a resolver las novenas más allá de la sequía o la enfermedad?

La primera y la última pregunta son las más sencillas de contestar. En parte, ya vislumbramos algunas respuestas al hablar de la latencia de los ritos. Pero, en sentido estricto, se vinculan con una de las principales y más tradicionales funciones reconocidas en la religión: hacer sentir a los hombres y las comunidades a “salvo del mal” (Durkheim, 1982 [1912]).

Podemos descubrir entonces que la organización de novenas le evitaba a los cabildantes la impotencia de no tener nada que hacer. Dejaban de percibirse a merced del mal en tanto contaban con un mecanismo para controlarlo. Al desplegarlo podían, además, reforzar su autoridad frente al vecindario que –más allá de las limitaciones en las formas de delegación– representaban, algo no muy distinto de lo que refieren Lucas Bilbao y Marcelino Irianni en este mismo libro en relación a los curas del siglo XIX en la frontera bonaerense. Que la calamidad subsistiera y el auxilio divino no se manifestara, no era motivo para cesar con los intentos: el hecho de que la oración mitigara la angustia del trance justificaba su sostenimiento y constante renovación.

El caso no solo puede extrapolarse a la enfermedad personal, sino que también explica por qué frente a desgracias severas se sigue echando mano a los recursos religiosos de una manera no muy distinta a la que se realizaba hace más de dos siglos. Con lo cual, si las transformaciones en las prácticas de fe pueden observarse fácilmente

te en muchos ámbitos y circunstancias, más dificultoso es hallarlas en contextos de padecimientos graves o epidemias. Este hecho no deja de ser una suerte para el historiador puesto a tratar una realidad de candente actualidad: puede interpretar el hoy casi con los mismos criterios de la época colonial.

El win-win del cristianismo

Está de más decir que la última sentencia se sostiene en la existencia en el país de una población mayoritariamente cristiana tal como lo era en la época de dominación hispana. Y si bien es palmario el avance que las iglesias evangélicas han logrado en Argentina en las últimas décadas, mucho de lo que diremos puede aplicarse a ellas; aunque, específicamente, refieran al catolicismo. En este marco, parece conveniente, antes de adentrarnos en el análisis de las prácticas religiosas concretas, dejar algunos comentarios respecto a las creencias y concepciones de los seguidores de Cristo. Con esto aspiramos también a contestar las inquietudes retóricas que dejamos sin responder.

En primer lugar debemos destacar que el cristianismo es, ante todo, una religión salvífica. Cristo pudo haber dejado un mensaje más o menos renovador e incluso pudo haber intentado organizar una secta paralela al judaísmo. Pero ni uno ni otro cometido fueron su objetivo principal en la tierra: la razón exclusiva de su arribo fue reconciliar a la divinidad con el hombre cuya relación se había quebrado con el pecado de Adán y Eva. El conocido “descendió a los infiernos” que se reza en el Credo refiere, justamente, a esta cuestión. En tanto no existía salvación posible antes de su llegada, él mismo extrajo a los justos del averno e, *ipso facto*, creó el Paraíso para los que, en adelante, lo merecieran.

Es bueno tener en cuenta este punto ya que el simple hecho de desenvolvemos en un medio cultural impregnado por el cristianismo puede hacernos creer que la fe en “la vida eterna” es una cons-

tante universal de las religiones, cuando lejos está de ser así. Por supuesto, tampoco fue una invención cristiana. Aunque cierto es que, con anterioridad, pocos cultos articularon su sistema de creencias y su complejo ritual a la salvación con la fuerza con que este lo hizo. Aún hoy, para los más firmes seguidores de Cristo, la existencia terrena es solo una preparación para la vida en los cielos.

La implicación de este hecho con el eje que estamos tratando se presenta límpida: el peor resultado de cualquier ruego por la salud de un enfermo o el fin de una epidemia es la muerte de aquellos por quienes se pide, pero esta no constituye en sí misma ningún mal. Por el contrario, es la vía de acceso a una existencia mejor.

No es extraño observar entonces que los ritos que se desarrollan en torno a los convalecientes tienen, en verdad, variados propósitos. Desde lograr una recuperación llana hasta evitarle el sufrimiento, para terminar, obviamente, bregando por su salvación en caso de tornarse evidente que se encuentra más cerca de abandonar este mundo que de permanecer en él. De esta manera, los recursos religiosos utilizados contra la enfermedad suelen entrañar en forma más o menos deliberada una respuesta satisfactoria a sus propios y relativos fracasos.

Este fenómeno no se expresa únicamente en la intimidad de la oración doméstica o grupal. Históricamente ha dado lugar a experiencias sociales sumamente interesantes. Citamos ya la epidemia de tabardillo de 1727. En aquella oportunidad se desplegó en Buenos Aires el ritual habitual para contener la peste, aunque la obra más perdurable que dejó fue la fundación de la Hermandad de la Caridad. Con las décadas, esta asociación sumó varias funciones y dependencias, incluyendo a los Niños Expósitos que administró la primera imprenta de la ciudad (Moreno, 2000). Sin embargo, su propósito inicial fue diferente: brindar un entierro cristiano a los numerosos muertos dejados por la enfermedad. Desde una óptica secularizante podría objetarse que poco hizo por evitar el flagelo. Pero, en el contexto de una comunidad creyente, su acción fue una respuesta concreta –y efectiva– a una de las derivaciones del mismo mal.

Por aquellos años, las prácticas católicas estaban bajo el influjo del barroquismo. Si bien el entierro religioso no era una garantía de salvación, sí constituía un buen punto de partida para lograrla. Era una obligación de los vivos ofrecerle a los muertos cristiana sepultura, tanto como estos –en caso de salvarse– debían bregar por el bienestar de los que quedaban en la tierra. Se trataba, así, de hacer realidad la comunión entre las tres iglesias: la *militante* de los vivientes, la *purgante* de los muertos aún no salvados y la *triunfante* de los que ya disfrutaban de la gloria eterna.

Es evidente que el cristianismo ha dejado de manifestar la vinculación entre vivos y difuntos con la intensidad que poseía en la época colonial. Sin embargo, las escenas de cuerpos abandonados, sin personas que se hagan cargo de ellos, nos siguen sensibilizando. Al fin y al cabo, superar el trance de una epidemia también hoy implica disponer de los restos de las víctimas.

Existe otra cuestión que mirada a través de un prisma secularizante o, peor aún, desde la completa ajenidad al fenómeno religioso puede llevar a consideraciones erróneas respecto a la dimensión que lo sagrado tiene en las personas de fe. Y lo mismo aplica para la observación de los actuales creyentes como para la interpretación de sociedades pasadas que se sospechan en extremo católicas.

En este sentido, no es infrecuente encontrar descripciones sobre la religión que la vinculan de manera universal a lo mágico o tau-matúrgico. Tal si fuera el conjunto de nociones y prácticas que les permite a los hombres acceder a lo sobrenatural. En este tipo de definiciones, no demasiado certeras, también puede otearse un sesgo interpretativo surgido de los medios culturales cristianos. Porque, en verdad, para muchísimas sociedades religiosas era tan sobrenatural el vuelo de un pájaro como el espectro fantasmagórico que alguien podía haber afirmado ver. La “magia” era la normalidad. No había ni portentos ni hechizos por la llana razón de que todas las expresiones del mundo lo eran.

Como contrapartida, los milagros solo son realizables en los sistemas de creencias –como el cristianismo– que aceptan la existencia

de un orden natural, obviamente diferente del sobrenatural. Hoy en día vemos como un signo de oscurantismo que a Galileo se lo haya condenado en base al capítulo 10 del libro de Josué. No percibimos, en cambio, lo que esto, en última instancia, venía a significar: la detención del sol –aunque podría haber sido la tierra– únicamente fue posible por la acción milagrosa de Yahvé. Es decir, Dios creó el universo, pero no interviene en él de manera corriente. No casualmente, la ciencia moderna surgió en el occidente judeocristiano.

Con esto arribamos al punto al que queríamos llegar: la pérdida de la salud es un fenómeno virtualmente inherente a la vida humana. Nadie se sorprende al enfermarse. Por esta razón es erróneo suponer que en los contextos de catolicismo histórico o actual la enfermedad haya sido juzgada –siempre– como un castigo divino o una obra demoníaca. Desde la antigüedad hubo respuestas médicas a ella en mayor o menor medida independientes de las concepciones religiosas. De hecho, en la Buenos Aires colonial había una gran botica. Y, no tan curiosamente, era propiedad de los jesuitas.

Algo similar puede afirmarse sobre las epidemias. Más aún al considerar sociedades donde estas solían presentarse con frecuencia. La observación no pretende minimizar la importancia que el “castigo divino” –entre otras opciones de carácter religioso– tenía como explicación de su origen. Pero esta interpretación se lanzaba en circunstancias sociales y políticas particulares para revestir, por lo general, un carácter denunciativo. La pena impuesta por Dios era, de esta manera, responsabilidad de algún vicio o sector “pecaminoso” que era necesario expulsar de la comunidad. Al cual, desde ya, se lo quería desterrar desde antes de la peste. Basta remitirse a los ejemplos extremos de Sodoma y Gomorra para ilustrar como podían operar esas concepciones. Por fortuna, no siempre.

¿Quién podrá ayudarnos?

Ni en la etapa colonial ni en la actualidad los creyentes –individuos o comunidades– han sido sujetos pasivos que, frente al mal, han optado únicamente por rogar a los cielos el fin de sus padecimientos. Claro que la religiosidad se vive con diferentes intensidades. Hay quienes se inclinan tempranamente –y con mayor ardor– por las prácticas devocionales, mientras otros las reservan como recursos postreros. Pero, en cualquier caso, lo que queremos destacar es la simultánea presencia de medios técnicos que en ninguna de las etapas históricas que recorreremos fueron despreciados. La medicina y la religión han sido así dos búsquedas –y dos respuestas– complementarias con el fin de recobrar la salud, como también se menciona en la contribución de Lucía Lionetti respecto de las reacciones de las sociedades europeas frente a las epidemias de viruela.

De optar por la última variante, no solo los mecanismos pueden diferir, sino también los destinatarios. Vale detenerse brevemente en la cuestión de los intercesores o intermediados divinos por dos razones. En primer lugar, porque el amplísimo elenco de advocaciones a disposición de los fieles constituye una de las diferencias más ostensibles entre el catolicismo y las restantes variantes del cristianismo. En segundo, porque el culto formal a los santos es el sustrato en el que se asientan muchas de las actuales devociones populares de Argentina –como el Gauchito Gil y la Difunta Correa– quienes también suelen ser invocados en casos de dolencia o enfermedad.

No profundizaremos en aspectos de orden dogmático, pero no está de más recordar la doble naturaleza que tiene el culto católico: la adoración, debida a Dios en cualquiera de sus tres personas, y la veneración o *dulía*, propia de los santos y la Virgen María. Estos últimos son, justamente, los mediadores. Es decir, no pueden obrar milagro alguno, sino interceder ante Dios para que los realice. En muchas ocasiones, este hecho no es considerado por los fieles, quienes o se encomiendan a ellos en tanto verdaderos hacedores de portentos o poseen una idea más bien difusa de cómo “operan” los milagros en el catolicismo al que pertenecen.

Doctrinariamente, el culto a los santos se sostiene en la comunión entre vivos y difuntos que ya citamos. La relación puede darse entre cualquiera de los tres componentes descriptos. Durante la etapa colonial eran, por ejemplo, muy comunes los sufragios por las ánimas del Purgatorio. Aunque en caso de rogar ayuda, para sí o para un tercero, lo indicado es solicitarla a las personas salvadas: las únicas capaces de encontrarse con Dios. Quiénes son los redimidos es un viejo debate teológico. Pero de los santos canonizados puede tenerse virtual certeza respecto de que, en efecto, se hallan en los cielos.

Quizá algunos puedan observar el contrasentido de recurrir a los venerables sin que existan impedimentos canónicos para dirigirse directamente a la divinidad. Sin embargo, y más allá de su casi segura salvación, los santos les ofrecen a hombres y mujeres otra ventaja: una forma de identificación con lo sagrado muy superior a la que puede tenerse con Dios. Con ellos los vínculos son más simétricos.

Históricamente han cumplido diferentes funciones sociales. Han sido “ejemplos de vida y conducta” tanto como “representantes de la memoria común”, “cristalizadores de la conciencia colectiva” y “cohesionadores de la sociedad” (De Certeau, 1985). Por supuesto, también han sido los protectores elegidos preferentemente por los fieles.

Con las leyendas áureas bajomedievales –comenzando por la de Santiago de la Vorágine (2006 [c.1250])– los santos cristalizaron sus especializaciones. Estas surgieron, generalmente, de sus relatos biográficos. Así Santa Lucía se transformó en patrona de los ciegos por conservar la vista, pese a arrancarse los ojos, y San Blas en protector de la garganta por haber salvado la vida de un niño con una espina de pescado trabada en la laringe.

La Santa Sede tuvo ante estas veneraciones ciertos escrúpulos. Si, por un lado, nunca dejó de reconocer su importancia catequística, por el otro, estuvo atenta a los desvíos que podía provocar su culto. Desde la celebración del Concilio de Trento arbitró los medios para unificar –mediante la publicación de martirologios y santorales oficiales– las leyendas de cada personaje sacro. Con ello, se procuró que

las comunidades optaran –frente a un mismo mal– por una misma devoción. Paralelamente, la Congregación de Ritos se reservó el derecho de crear nuevos santos, dándole al papado exclusiva potestad sobre una cuestión que antes solía compartirse con los obispos y los sínodos.

Basta tener en cuenta un dato para percatarse de lo escabroso que era el proceso de canonización en la etapa colonial, harto más dificultoso que en la actualidad: la única persona americana declarada santa durante esos años fue la limeña Santa Rosa. Un espacio aún más relevante para el imperio español como el virreinato de Nueva España apenas obtuvo dos beatos: Felipe de Jesús y Sebastián de Aparicio. Obviamente, para la región rioplatense hubiera sido una quimera lograr hasta un simple Siervo de Dios. De hecho, ni siquiera lo intentó.

Una de las formas de compensar las dificultades que entrañaba la canonización de venerables “propios” fue la creación de advocaciones marianas locales. Siempre y cuando representaran un título reconocido –como la Anunciación o la Auxiliadora– o reprodujeran una devoción ya aceptada en Europa –como la Guadalupe mexicana, remedo de su colega extremeña– no había impedimentos para agregarle un gentilicio que reivindicara su pertenencia territorial. Así surgió Nuestra Señora de Luján que, en sus inicios, no fue más que la Inmaculada Concepción entronizada en el pago homónimo.

Para que las vírgenes en cuestión dejaran de ser simples representaciones –y sus templos se transformaran en santuarios– debían darse otras condiciones. En particular, la difusión de relatos milagrosos que dieran cuenta de los portentos capaces de obrar. El proceso solía ser lento, pero, como es notorio, terminó llenando de veneraciones marianas locales la geografía americana.

Con independencia de las formalidades institucionales surgieron, como anunciamos, los “santos populares”. Si bien en mayor o menor medida fueron objeto de censuras eclesiásticas, sería un error observarlos al margen de la religiosidad católica. No solo las modalidades asumidas por su veneración reproducen los mecanis-

mos habituales en las devociones de la Iglesia, sino que la mayoría de sus creyentes son, en efecto, católicos. Ahí está la cruz del Gauchito Gil como testimonio del cristianismo en el cual, deliberadamente, pretende inscribirse el culto.

No es difícil observar que las vías de identificación que brindan estas santidades son más amplias que las ofrecidas por los venerables canonizados. En principio, poseen la ventaja de la vecindad. El hecho de surgir del mismo espacio y, en ocasiones, el propio medio cultural que sus devotos le confieren un atractivo singular. Este fenómeno acrecienta sus connotaciones tratándose de figuras fallecidas en fechas cercanas. En esos casos –como lo atestigua la devoción a Gilda– puede contarse con un incentivo poco frecuente: haber conocido en vida al propio santo.

Pese a lo dicho, conviene no exagerar la propensión de las comunidades por la generación de cultos propios. Ciertamente, las advocaciones marianas locales y los “santos populares” vinieron a ampliar la oferta de intercesores. Pero las veneraciones provistas por la Iglesia “romana” también podían ser redefinidas localmente, dando lugar a nuevas construcciones hagiográficas y flamantes relaciones de portentos.

En última instancia, ningún santo es viejo o lejano mientras los devotos lo sientan presente. San Pantaleón, por ejemplo, fue un mártir de Nicomedia –en la actual Turquía– fallecido a principios de la cuarta centuria. Sin embargo, entre fines del siglo XIX y principios del XX, cuantiosas imágenes suyas se instalaron en las iglesias de Argentina. Este hecho no solo ratifica el punto, sino que nos recuerda otro íntimamente ligado a los objetivos de este capítulo: la amplia difusión que la tuberculosis tenía en el país por aquellos años. Y la consiguiente necesidad de los enfermos de rogarle a Pantaleón en busca de curación.

Los ritos colectivos

En un apartado previo comentábamos las novenas a San Martín de Tours rezadas por las calamidades públicas que se manifestaban en Buenos Aires. Desde ya, la capital del Plata no innovó en práctica religiosa alguna. No hacía más que seguir, al fin, modalidades devocionales ya consolidadas en Europa. El lector podrá percibir las nada menores diferencias que las distinguen de las actuales. Pero es bueno que nos detengamos en ellas dado que constituyen la forma en que históricamente las comunidades católicas han procurado aventar males como las epidemias.

Desde la alta Edad Media, y particularmente tras la consolidación de regímenes locales de unanimismo religioso, fue habitual que ciudades y villas seleccionaran y juraran las advocaciones que las asistirían. Es decir, se trataba de tener uno o varios protectores permanentes, sin esperar que las necesidades puntuales se hicieran presentes. Por defecto, hacia el siglo XVI, virtualmente todas las localidades de la Europa y la América “contrarreformistas” tenían votados a sus patronos. Las cláusulas del acuerdo eran simples: mientras estos mantuvieran su auxilio, la comunidad los invocaría y celebraría, por ejemplo, organizando grandes eventos con motivo de su celebración litúrgica.

Las formas de seleccionarlos eran variadas. En muchos casos habían quedado explícitamente estipulados al momento de fundar el sitio, comúnmente, consagrado en su mismo honor. En otros, eran elegidos a la *suerte*. El concepto no debe entenderse en forma figurada –como vicisitud–, sino en sentido estricto: como “sorteo”. En bolsas de terciopelo, cuando la situación lo permitía, o en cualquier otro recipiente, cuando no se alcanzaba ese boato, se colocaban los papeles –llamados *cédulas*– con los nombres de las devociones a participar. Al acto en sí –es decir, al hecho de introducir el conjunto de veneraciones y extraer la ganadora– se lo conocía como *insaculación*.

Durante la época colonial, el santoral oficial ya superaba los mil miembros. Esta cifra se multiplicaba por varios factores de considerar las diferentes advocaciones marianas y crísticas. En ninguna ciudad del orbe católico era posible que la totalidad de advocaciones

reconocidas participasen de la “tómbola”. Lo usual entonces era que los interesados propusieran las veneraciones que querían incluir en ella. El ejercicio contaba con la ventaja de que los ganadores surgían de la propuesta de alguien.

De esta manera, los elencos o *cédulas* participantes quedaban reducidos. Pero, en ciertas ocasiones, podían limitarse aún más al circunscribir la elección a un tipo específico de devoción. Esta podía incluir, por ejemplo, solo advocaciones marianas, santos de jornadas puntuales o los tenidos por la tradición como protectores de ciertos males.

Por supuesto que los participantes de esas insaculaciones sagradas no creían únicamente en la aleatoriedad de la práctica. La “suerte” –el azar– estaba en el mecanismo; no en el resultado que se juzgaba un designio divino en tanto expresaba la voluntad celestial de conferirle a la ciudad “ese” patrón. Como correlato, este fenómeno atemperaba los recelos que podían abrigar quienes quedaban contrariados por el ganador.

De esta manera resultó seleccionado en Buenos Aires San Martín de Tours en octubre de 1580, apenas cuatro meses después de refundada la ciudad. Pero este fue solo el santo principal. Al igual que en la mayoría de las comunidades católicas, con las décadas, la ciudad agregó *vicepatrones* o *patrones menores* nacidos de diferentes circunstancias y necesidades. Al contrario del “principal”, estos fueron elegidos de forma directa o en sorteos muy restringidos.

En muchas localidades europeas y americanas el elenco de protectores terminó superando la veintena e, incluso, la treintena (Sallmann, 1994; Ragon, 2002). La capital del Plata apenas alcanzó la decena. Sin embargo, ninguno de ellos fue elegido a fin de conjurar los estragos de la peste o la enfermedad. Con lo cual debemos coincidir con Fernando Jumar y María Emilia Sandrín (2009) respecto de la ausencia en la región bonaerense del ciclo carestía–hambruna–epidemia tan común en muchos lugares. Y para los cuales esos sitios habían elegido a sus defensores sagrados.

Los únicos santos votados contra la plaga en Buenos Aires, lo fueron por el flagelo de las hormigas y los roedores que atacaban los cultivos y la producción agrícola almacenada. Si bien el hecho puede vincularse con la escasez y el hambre, es claro que, de manera directa, vino a atender otro azote y a proteger otras “víctimas”. Igualmente, y tal como vimos, algunas epidemias asolaron la región bonaerense durante la época colonial así como ciertas enfermedades eran vistas como derivaciones de calamidades de otra índole. Pero, en todos esos casos, el intercesor fue San Martín de Tours.

La invocación a la respuesta sagrada reposaba en dos ritos muchas veces complementarios, pero litúrgica y socialmente de alcances diferenciados: las rogativas rezadas en un recinto eclesástico y las procesiones que recorrían el espacio público. En ambas “interveían” activamente los intercesores.

En la etapa colonial la novena era la forma usual de organizar las rogaciones. Durante nueve días consecutivos se celebraban misas con el objetivo de solicitarle al protector que mediara frente al Dios para poner fin al mal en cuestión. La invitación a los oficios religiosos la hacía el gobernador o el virrey mediante bando público. Por el mismo acto también se ordenaba suspender las actividades laborales durante el tiempo que duraran. Generalmente, este no superaba la hora: entre las 9 y las 10 de la mañana.

No eran estas, sin embargo, las únicas oportunidades en las que se rezaban novenas. También eran usuales, por ejemplo, durante la conmemoración de las devociones regulares. En esos casos, desaparecía el sentido apremiante de los ruegos, pero sin conferirle al novenario un carácter gozoso. Las jornadas de festejos solían ser las de octavas. De hecho, era habitual celebrar las advocaciones de importancia con una novena –previa a la festividad a honrar– y concluir las con los ocho días de la octava. De esa manera se reproducía la asociación entre “tiempo de recogimiento” y “tiempo de regocijo” tan propia del catolicismo.

Claro que en el caso de las rogativas a causa de calamidades públicas, los días de festejos eran inexistentes. El novenario, por su

parte, podía incluir distintos agregados litúrgicos con el objetivo de reforzar el alcance del pedido. Habitual, por ejemplo, era acompañar las misas con la exposición del Señor Sacramentado o terminarlas con el rezo de las letanías, en las cuales se le solicitaba protección a una profusa lista de santos.

Concluidas esas rogaciones, se iniciaba un corto tiempo de espera –rara vez mayor a las dos o tres semanas– para evaluar la evolución de los acontecimientos. De persistir el mal, y en función de su gravedad, podía disponerse la realización de una nueva novena. Esta tenía, por lo común, un despliegue mayor al de la primera. De hecho, las procesiones en Buenos Aires solían reservarse como forma de concluir estos segundos novenarios. Aunque, en este caso, conviene no generalizar el fenómeno. En otros sitios, el desfile procesional era la primera variante para elegir o podía realizarse con independencia de la novena.

Aludir en estas líneas al significado que la procesión tuvo en la religiosidad barroca y colonial implicaría extender inapropiadamente este capítulo. Decenas de investigaciones han desentrañado ya el sentido que tenía; particularmente, durante *Corpus Christi* en el que se erigía en apoteosis del rito colectivo y la participación popular. Pero, a fin de que la reseña no quede trunca, basten estas cortas líneas sobre los desfiles procesionales.

Los organizados como conjura de algún mal carecían, desde ya, de los motivos festivos y de la pompa que caracterizaba a los realizados, por ejemplo, durante la conmemoración de San Martín, los 11 de noviembre. Sin embargo, no por ello perdían el elemento que los mancomunaba: debían ser una manifestación del *Corpus Mysticum* de la Iglesia, una demostración sin quiebres ni fisuras de los sujetos que integraban la comunidad eclesial. Que, en un régimen de unanimidad católica, eran absolutamente todos los habitantes del espacio celebrante.

Las procesiones eran presididas por el santo a quien se invocaba que era llevado en andas por algunos vecinos. Durante su desarrollo se exhibían las jerarquías comunitarias mediante el uso de variados

recursos simbólicos, entre otros, el orden dado a los procesionantes. En similar sentido, se cristalizaban los roles estamentales y étnicos a través de las galas y accesorios que vestía cada participante. Aun así, conviene no perder de vista un fenómeno que con la modernidad comenzó a menguar y que era muy propio de las religiosidades de Antiguo Régimen: la integración en un solo evento, y por idéntico motivo, de todos los sectores sociales. En Buenos Aires, los negros e indios desfilaban detrás del virrey y los cabildantes. Pero formaban parte de una misma columna. Y, al igual que ellos, estaban allí para bregar por el cese del mal que afectaba a la comunidad.

Las prácticas domésticas y personales

Tanto como en los ritos colectivos contra la epidemia y la enfermedad han sobresalido históricamente las novenas y las procesiones, en los domésticos y personales se han destacado la oración y la promesa. El hecho que estas últimas se ejerzan en ámbitos mayormente privados no niega el alcance grupal que pueden tener, como lo demuestran las cadenas de oración o los votos compartidos. No es extraño que, en esos casos, las prácticas refuercen redes de sociabilidad formadas o no con propósitos religiosos.

El formulismo repetitivo tan propio de la oración católica puede llevar a preguntarse por su sentido y funcionalidad. Para el creyente, rezar es, ante todo, ponerse en presencia de la divinidad, comunicarse con ella o, en su defecto, con algunos de sus intercesores. Más allá de la fórmula iterativa, toda invocación entraña un motivo. Este, a su vez, puede dar lugar a una confesión o revelación íntima ante Dios, haciendo de la recitación del Padre Nuestro o el Ave María un ejercicio meramente complementario cuando no ausente. La razón de la plegaria no tiene porqué ser excepcional. Hay quienes oran, simplemente, para agradecer la normalidad de un día.

De todas formas, es evidente que frente a la desgracia o la enfermedad el atractivo de la oración como recurso se acrecienta. Si los

rezos de agradecimiento ordinario solo son comunes en los creyentes más fervientes, los que revisten un carácter rogativo y contingente suelen ser practicados por aquellos que, precisamente, hacía años que no rezaban.

Las modalidades son numerosas. Pero una tradicional, relativamente compleja y aún vigente, es el rosario. Se trata de una oración predominantemente mariana en la que se recorren diferentes misterios relacionados con la Virgen. Entre ellos se incluyen los “dolorosos” y “gloriosos” por lo que, desde sus orígenes, ha resultado particularmente indicada para los que sufren y requieren esperanza.

De optarse por un santo “especializado” o por algunos de los “populares” también pueden encontrarse fórmulas o invocaciones ya estipuladas. Las hay, incluso, para dolencias o circunstancias bien definidas. Común es imprimirlas en el reverso de las estampas. Este hecho conecta con un punto sin el cual toda interpretación del culto católico se torna, en gran medida, ininteligible: la utilización devocional de la imaginería junto a su capacidad para tangibilizar la presencia de lo sagrado.

Ya en el siglo XVIII, la posesión personal de reproducciones religiosas –*de bulto* o en láminas– era ostensible (Martínez de Sánchez y Rípodas Ardanaz, 1996). Si bien en algunos casos solo tenían una función decorativa, en muchos otros constituían un llamado a la plegaria. En efecto, era habitual que en el ámbito doméstico la oración se realizara frente a ellas. Para esto podían usarse reclinatorios o almohadillas, así como escoltar las imágenes con algunos cirios encendidos.

De carecer de estos medios, y necesitar el orante de la exteriorización de la veneración, podía dirigirse a los templos. Incluso en espacios de muy baja densidad población y relativa pobreza –como la campaña bonaerense colonial– las iglesias estaban bien surtidas de imágenes. Esos elencos procuraban, justamente, atender las diferentes demandas devocionales. Todo lo cual lleva a observar que la praxis oratoria, ayer como hoy, suele ser un ejercicio que excede lo meramente recitativo.

La promesa –o el voto– es otra de las variantes utilizadas en caso de enfermedad. Como tantas prácticas religiosas de la Antigua Roma, el *votum* se incorporó al entramado simbólico y doctrinario del cristianismo de mano de su extenso elenco de santos y advocaciones marianas y crísticas. Ya para los romanos se trataba de un juramento dedicado a una divinidad. Mediante ese pacto se asumía ante ella la realización de ciertos actos a cambio de su ayuda. El así comprometido se transformaba en un *de-voto* de quien cabía esperar que actuase con *de-voción*, es decir, que no tuviera flaquezas al momento de cumplimentar lo acordado. De llegar a buen término lo convenido, podía ofrendársele a la deidad un *ex-voto*: por lo común, un pequeño obsequio, recuerdo de lo felizmente concluido. Si bien la grafía actual diluyó las semejanzas, el término “boda” es otra derivación del *votum* latino. Por lo que quizá sean muchos –y muchas– los que deduzcan que la práctica se relaciona con el sacrificio, sin haber realizado nunca una promesa a un santo.

Como podemos ver, el modelo votivo se basa en una negociación de favores entre el creyente y la divinidad o, en su defecto, un intercesor. Lógicamente, la sanación corporal se encuentra entre las solicitudes más comunes realizadas por los fieles. Qué es lo que pide Dios a cambio, no lo sabemos. Pero sí se conoce lo que ellos le ofrecen. En mayor o menor medida, esa retribución suele incluir una dosis de esfuerzo o desprendimiento. Y, según los casos, puede “pagarse” antes o después de la asistencia divina.

Es fácil inferir que existe una relación directa entre la magnitud del problema por resolver y la entrega comprometida. Claro que el “monto adecuado” queda dictado por la propia subjetividad del promesante, sin tener que tratarse necesariamente de un bien material o un acto puesto de manifiesto. Ejemplos corrientes son el abandono del cigarrillo o la reconciliación con alguna persona, obviando reconocer el motivo detrás de la actitud.

Sin embargo, las promesas que involucran cuestiones de salud tienden a seguir un patrón de comportamiento muy definido. Por diversas razones, el cumplimiento de ese tipo de compromisos termi-

na haciéndose visible en el espacio público. La principal causa detrás de este hecho es que, al igual que los restantes votos de importancia, los realizados en procura de sanación suelen ser “cancelados”, total o parcialmente, a la misma divinidad o al mismo intercesor. Es decir, independientemente de que entrañen o no actos ligados a la caridad o al esfuerzo personal, incluyen expresiones de devoción dedicadas a la figura que se invocó.

Manifestaciones de este fenómeno son las peregrinaciones y visitas a santuarios. Ciertamente, sería un error suponer que todos los que arriban, por ejemplo, a la Basílica de Luján lo hacen cumplimentando la promesa de una curación. Pero no hay dudas de que una parte considerable se dirige hacia allí por causas votivas. Más aún al considerar las grandes romerías anuales, especialmente, la realizada los primeros domingos de octubre. Esa peregrinación –al salir del barrio capitalino de Liniers– le exige a los romeros no menos de doce horas de marcha, con lo cual sirve para que muchos den por saldada con ella la cuota de sacrificio de toda promesa.

Una derivación de este hecho es la dedicación a la veneración de los adminículos que acompañaron a los fieles durante el padecimiento. Muletas, cabestrillos, prótesis y aparatos ortopédicos, entre otros, suelen erigirse en las señales finales de un trance devocional –y sanitario– satisfactoriamente concluido. A lo largo del siglo xx, la transformación de ciertas sensibilidades “estéticas” hizo que esos objetos desaparecieran de los santuarios eclesiásticos del país. En algunos casos, todavía pueden verse en sus respectivos museos. Pero aún perviven *in situ* en los santuarios “populares”. Tanto el del Gaucho Gil, en Corrientes, como el de la Difunta Correa, en San Juan –por nombrar solo dos– resguardan verdaderas colecciones de esos testimonios.

La ofrenda de exvotos merece una consideración aparte. En sentido estricto, se entiende por tales toda expresión visible y perdurable de una promesa, con lo cual, los objetos que acompañaron al fiel en su dolencia también lo serían. Pero en algunos lugares limitan la definición a las manifestaciones narrativas o simbólicas. En cual-

quier caso, unas y otras vienen a significar lo mismo: el feliz término del compromiso asumido con la veneración.

Históricamente, los exvotos han dado lugar a verdaderas piezas de oratoria y obras de arte. Sin embargo, terminaron asumiendo en Argentina formas estandarizadas muy características. No pretendemos negar con esto la importancia artística que han tenido en el país. Puede el lector consultar el ilustrativo catálogo de Sergio Barbieri (2007) para percatarse de esa relevancia. Pero a los fines de este capítulo basta referir, simplemente, las dos modalidades más difundidas en el siglo xx y que, en mayor o menor grado, continúan vigentes.

En otros lugares, como México, los exvotos “narrativos” suelen incluir pinturas muy vívidas y gráficas de la razón por la cual se hizo la promesa. En Argentina, en cambio, se limitan a dar un sucinto testimonio escrito. Son, por ejemplo, las placas de bronce, u otro metal, amuradas en las paredes de los santuarios o en tapias construidas con esa finalidad. Allí, además de la fecha y el nombre del donatario, se explicita la gratitud a la devoción y –aunque no siempre– se hace una breve mención al motivo.

Los exvotos que académicamente se denominan “simbólicos” son, en el lenguaje coloquial del país, los únicos existentes. Basta recorrer santerías para descubrir que por la noción se entienden solamente las chapas de metal estampadas con figuras de diferentes órganos del cuerpo. Podemos observar entonces que su correspondencia con la salud es absoluta. Hay hígados para quienes se curaron de problemas hepáticos, pulmones para aquellos que tuvieron dificultades respiratorias y corazones para los sanados de dolencias cardíacas. Pero las variantes son muchas más. Si bien entre estos –confeccionados con matricería industrial– no se incluyen partes íntimas, basta repasar el libro de Barbieri (2007) para constatar que, como artesanías, existieron. Y tanto para ellas como para ellos. Quizá en un futuro también los haya para ellos.

La acumulación de estos objetos se transformaba en una apreciable fuente de ingresos para santuarios e iglesias. Los que utilizaban

metales preciosos formaban las conocidas *chafalonías* que con frecuencia aparecen nombradas en las fuentes históricas de carácter religioso. Común es hallarlas, por ejemplo, en los documentos de las “*visitas ad limina*”. Es que los templos esperaban la inspección de obispos y provisoros para que los autorizara a venderlas. Con el producto solían iniciarse obras largamente postergadas de mantenimiento o construcción. Si no, podía dárseles otros usos. Hasta hace quince años, los carteles indicadores de la Basílica de Luján estaban confeccionados con exvotos. No era fácil percibirlo, pero acercando la vista podía apreciarse que las letras estaban formadas de pequeños corazones, hígados y pulmones, entre otros órganos.

¿Por qué me abandonaste?

Como vimos, el exvoto es la señal de gratitud de un derrotero devocional fructuosamente finalizado. Pero no es necesario leer las conclusiones del MANTRA 2003 para descubrir que ese recorrido en muchas ocasiones queda trunco. Más allá de las ventajas ofrecidas por el propio rito –con independencia, digamos, de la respuesta divina– la falta de atención a las súplicas puede dar lugar a otras expresiones. Incluyendo variadas interpretaciones –e imputaciones– por la persistencia del mal.

Una de ellas es la inculpación. En estos casos, se reitera, en parte, lo dicho sobre el “castigo divino” como explicación de su origen. Un sector social atribuye a las conductas de un individuo o de otro grupo la falta de respuesta observada. Algo similar puede acontecer en el plano personal. Ya sea porque los “maleficios” de alguien se empeñan en mantener al doliente en su situación o porque él mismo se infligió el daño al haber tenido actitudes no del todo ajustadas a lo que se espera de un fiel.

Por supuesto que, históricamente, esta forma de interpretar las calamidades ha dado lugar a diferentes “cazas de brujas”. Los judíos, los moros o los “liberales” y “francmasones” en la Argentina de fines

del siglo XIX, entre otros, fueron responsabilizados por la persistencia de diferentes desgracias. Pero lo que queremos destacar en este apartado es la existencia también de “culpas leves” que, al operar sobre el mismo ritual, impiden que este cumpla satisfactoriamente su cometido.

El hecho era corriente durante la etapa colonial en la cual el catolicismo barroco –y su insistencia en la escrupulosidad ritual– tornaba preciso el desarrollo riguroso de la liturgia. La ausencia de cirios encendidos en una novena de rogativa o la presencia de comercios abiertos durante su celebración solían ser “culpables” de la continuidad del flagelo que se observara después. A lo largo del siglo XIX, la difusión de un cristianismo de cuño ilustrado fue mitigando la magnitud de estos descuidos al enfatizar los aspectos espirituales del rito por sobre su exteriorización material y simbólica. Aun así, el fenómeno sigue presente en muchos devotos que no dudan en atribuir la persistencia del mal a su falta de convicción o a ciertas indolencias cometidas al momento de satisfacer la promesa. La acción, casi obligada en estos casos, es volver a realizar el voto. Y cumplirlo con vehemencia.

Pero no solo en la tierra se hallan los responsables de los fracasos, también se los puede encontrar en los cielos. Si en los sistemas presidencialistas los ministros son los fusibles del presidente, en el catolicismo, los santos son los fusibles de Dios. Las objeciones y diatribas que, eventualmente, se lanzan contra los venerables son parte del mismo fenómeno que hace a hombres y mujeres identificarse con ellos. Conocidos dentro del amplísimo folklore católico son los insultos que los napolitanos descargan contra San Genaro cada vez que augura un año malo. Ahora bien, de alguien que agravia a diestra y siniestra a los santos y a Dios pueden suponerse muchas cosas, menos que es un no creyente o que se siente alejado de lo sagrado.

Una forma de responder a las faltas de los intercesores ha sido cambiarlos. Si bien existieron oportunidades en que ciertas localidades “destronaron” a un protector principal para nombrar a otro, lo habitual fue agregar nuevos patronos al elenco propio, tal como

hemos visto. Las comunidades tenían así santos de “reemplazo” para elegir en caso de que los últimos utilizados hubieran fallado. También vimos que Buenos Aires se mantuvo fiel a San Martín de Tours a pesar de sus yerros. Sin embargo, cuando se hacían segundas novenas –es decir, cuando se insistía en la rogativa– solía invocarse también a la vicepatrona Nuestra Señora de la Nieves. Era una sutil forma de reconocer, al fin, que solo no podía.

Itinerarios similares pueden observarse en el plano individual. Existen creyentes con praxis devocionales extremadamente ricas y variadas. Han “probado” con decenas de veneraciones y ejercicios piadosos, dejando de lado algunas al comprobar los beneficios de otras. Puede que ya hayan encontrado la definitiva. Pero lo más probable es que sigan experimentando. La búsqueda de la “novedad” es muy marcada en este tipo de fieles. Fenómeno que, a su vez, se encuentra detrás de las repentinas popularidades que toman algunas advocaciones, como la Virgen del Rosario de San Nicolás, en los ochenta, y la del Cerro de Salta, en la actualidad. Por nombrar solo dos de las “eclesíásticas”, aunque a esta última, en rigor, aún le falta el reconocimiento episcopal.

No profundizaremos en la explicación de los diferentes ritos expurgatorios utilizados, muchas veces, como recursos postreros frente a flagelos obstinados en persistir. Basta señalar que algunos de ellos al “extraer el mal” –de un cuerpo o un sitio– se vinculan de manera estrecha con la enfermedad. Casos paradigmáticos son los exorcismos de los que han sido objeto no pocos pacientes psiquiátricos.

Sí queremos detenernos, aunque sea someramente, sobre la “virtud” cristiana que ayuda a convivir con el mal. Porque es evidente que –pese a los recursos existentes– diversas circunstancias pueden indicar la conveniencia de cesar con los intentos para admitir la presencia, quizá permanente, de una dolencia. Esa virtud, claro está, es la resignación.

Pocos principios cristianos han recibido a lo largo del siglo xx más críticas que este, al punto que la propia Iglesia ha dejado de utilizarlo para hablar en su lugar de confianza o esperanza. Sobre la

resignación pende el espectro de la conformidad y la aceptación pasiva del mal, tal si fuera un antónimo del activismo y la lucha por la superación de las adversidades. No es extraño entonces que el pensamiento de raíz marxista la haya transformado en uno de los puntales de la superestructura capitalista destinado a sostener y justificar todo tipo de atropellos sociales.

Pero tratándose de enfermedades crónicas o terminales parece oportuno dejar a Gramsci en un rincón. Y no por lo que la doctrina eclesiástica puede decir sobre la resignación, sino por la manera en que la viven los propios fieles que atraviesan padecimientos graves. “Dios sabe lo que hace”, “Es la voluntad del Señor”, “Me dejó postrado, pero me dio la familia y los amigos” son algunas de las tantas afirmaciones que pueden oírse de ellos. Pese a su supuesta pasividad, las posturas entrañan una clara respuesta religiosa a las dificultades. Consuelan y manifiestan una cuestión que, más allá del subtítulo meramente retórico y melómano de este apartado, bien sienten los creyentes: Dios nunca los abandonará. Ni en las peores dolencias.

Ligado al trance final de la enfermedad –y de la vida– se encuentra un rito sacramental íntimamente relacionado con la dimensión salvífica del cristianismo. Se trata de la extremaunción o unción de los enfermos. No es, por cierto, una práctica que predisponga para la sanación, sino para la muerte. Aunque, curiosamente, hasta principios del siglo xx la literatura católica ponderaba sus beneficios para la salud. Según afirmaba, muchos enfermos curaban y vivían varios años más luego de recibirla.

Es casi obligado terminar esta parte haciendo mención al desenlace que la falta de respuestas divina podría tener en los creyentes. Algunos, incluso, podrían considerarlo “lógico”. Esto es: que dejen de creer. No pretendemos negar los casos en los que, efectivamente, así sucedió. Pero es evidente que la inmensa mayoría de ellos renueva una y otra vez su compromiso con los cielos, independientemente de yerros y aciertos.

La explicación de este hecho quizá resulte obvia; aunque, en todo caso, se trataría de las obviedades que nunca están de más recordar:

las creencias religiosas permean al conjunto de procesos cognoscitivos, transformándose en el filtro a través del cual se interpreta la realidad. Lo “lógico”, entonces, es que el fiel explique la falta de satisfacción a sus demandas religiosas en términos también religiosos. A lo largo de este apartado –y este capítulo– hemos tratado de mostrar los múltiples caminos a su disposición para que lo haga.

Lo que sí cambió

Casi al comenzar decíamos de manera un tanto ampulosa que, como historiadores, contábamos con la ventaja de tratar una cuestión que puede abordarse hoy con criterios similares a los de la etapa colonial. Por supuesto que nos referíamos a los recursos religiosos básicos usados por individuos y comunidades, sin pretender aludir al alcance, difusión y modalidades puntuales asumidos por estos. Porque, en verdad, hilando fino, ni siquiera para la religión dos o tres siglos pasan en vano.

Es probable que las mayores diferencias con la actualidad se hayan percibido al leer las reseñas sobre novenas y procesiones. Como es notorio, estas eran celebradas por el cabildo de Buenos Aires, con la participación en pleno de las autoridades coloniales e, incluso, de la “nación” ya independiente. Basta imaginar la imposibilidad de que la actual legislatura porteña organice una rogativa y una procesión con el objetivo de aventar el mal del covid-19 para caer en la cuenta de la distancia que nos separa de los siglos XVIII y XIX.

Dos procesos se conjugaron en esta lenta transformación. Por un lado, el fin del unanimismo religioso. Ser súbdito del rey y, durante varios años, ciudadano implicaba ser católico. Las funciones religiosas que cumplían las instituciones políticas –como el cabildo– se sostenían, justamente, en la inexistencia formal de gobernados que no fueran parte de la grey. Esa realidad jurídica comenzó a cambiar con las primeras leyes de “tolerancia”, sancionadas en la década de

1820; para dejarse definitivamente a un lado con el reconocimiento constitucional de la libertad de cultos, en 1853.

Paralelamente, comenzó a producirse en el mundo católico una diferenciación entre las esferas de lo sagrado y lo profano. En términos concretos, este proceso supuso una distinción clara entre las funciones a cumplir por los órganos políticos y los religiosos en un fenómeno conocido en las ciencias sociales como “secularización institucional”. De aquí se desprende la razón por la cual, pese a las sustanciales diferencias, mencionamos las novenas y las procesiones entre los recursos religiosos. Evidentemente, siguen utilizándose. Ya no se verán cabildos –ni legislaturas– detrás de su organización así como tampoco participarán de ellas la inmensa mayoría de los sectores locales. Pero como prácticas eclesiales y parroquiales aún es frecuente observarlas.

Otro punto en el que existen algunas diferencias es en el uso de los espacios religiosos “formales”. Algo dijimos al respecto, pero conviene que lo amplieemos. Observemos lo que opinaba un cronista de Nuestra Señora de Luján en 1897:

Cada peregrino ó cada persona, se cree con el derecho de tomar al Camarín de la Virgen como el depósito de trastos viejos que le han servido en sus dolencias, cuando no lo toman de pretexto para exponer sus vanidades (...) creo que los guardianes del Santuario han tenido la debilidad de acceder á muchas solicitudes impertinentes....” (Varela, 1897, pp. 96–100).

Luis Vicente Varela no era, por cierto, cualquier cronista. Hijo de Florencio, antiguo propietario del diario La Tribuna, era por entonces ministro de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Su crónica pretendía ensalzar el culto a la Virgen de Luján, no criticarlo. Pero es evidente que, por su piedad ilustrada, no podía evitar censurar los “excesos” que percibía en el templo: una profusión de exvotos y objetos de diversa índole que “desviaban” al fiel de una vivencia íntima y espiritual de la religiosidad.

La prédica de Varela, y otros, dio sus frutos: en la actualidad, el camarín –y toda la Basílica– está completamente “limpio”. Hasta los carteles hechos de órganos se han retirado. A fines de los setenta, algunas de las piezas así donadas fueron trasladadas al recién fundado Museo Devocional. Allí en una amplísima vitrina podían observarse decenas de agujas, alfileres gancho, monedas, botones y bolitas. Eran los objetos que niños un tanto distraídos se habían tragado. Tras ser expulsados, habían sido ofrendados a la Virgen como exvotos. Hoy en día, el museo se encuentra cerrado. Existen algunos planes para reabrirlo. Pero todo parece indicar que ese tipo de elementos ni siquiera en ese lugar volverá a ser expuesto.

Como puede notarse, nos estamos refiriendo a los cambios de sensibilidades que han llevado a que hoy sea juzgado de “mal gusto” lo que antes era corriente. No estamos señalando, necesariamente, que padres y madres ya no obsequian a la Virgen esos testimonios con la repercusión de antaño. De todas formas, es difícil suponer que las transformaciones en la percepción de un hábito no influyen en el desarrollo del mismo.

Cuanto menos, podemos aludir a otro caso en los que sí se evidencia un decaimiento de la práctica religiosa. Los que crecimos en Luján –y ahora comprenderá el lector porqué extraemos tantos ejemplos de ese lugar– y cruzábamos a diario por la Basílica, tenemos bien presente un acto que solía escenificarse todas las mañanas: peregrinos dando vueltas de rodillas a la plaza ubicada frente a ella. Eran, desde luego, promesantes cumpliendo su voto. El espectáculo, a veces, era más virulento. También había quienes recorrían la plaza arrastrándose de espaldas, en un ejercicio muy parecido a la autoflagelación de los penitentes coloniales. Hasta fines de los ochenta era común encontrar esas escenas. En la actualidad, basta recorrer la zona basilical para descubrir que, incluso los domingos, son extrañas, cuando no inexistentes.

Esta observación, obviamente, nada nos dice acerca de lo que pasó. Puede que el 20 % de población evangélica que ya tiene la zona metropolitana esté dejando su marca en el culto a la Virgen de Luján,

que otras advocaciones “formales” o “populares” estén recibiendo el ritual que antes le pertenecía, que las mismas prácticas estén en desuso o que, al fin, se esté verificando la tantas veces anunciada secularización de la sociedad.

Quizá la explicación contenga, en diferentes grados, un poco de cada cuestión. Pero es en la última en la que queremos detenernos: en la eventual pérdida de referencias religiosas –cuanto menos, católicas– de parte de la población. Porque no podemos dejar de señalar que este abordaje tiene un sesgo muy marcado: hemos visto la continuidad en el uso de ciertos recursos, sin evaluar la relevancia que tuvieron en cada etapa histórica. Y es evidente que, más allá de que sean los mismos, su impacto social es muy diferente según los utilice el 5 % de los habitantes o el 90%.

Lamentablemente, es poco lo que podemos agregar al respecto. El *mea culpa* viene a indicar los límites de este abordaje, no a superarlos. Nos queda el vano consuelo de recordar que el “mal” es generalizado. Los estudios sociológicos sobre la religiosidad en el país tienen muy pocas décadas de existencia. Seguramente, habrá que esperar varias investigaciones más, como las dirigidas por Fortunato Mallimaci (2013), para tener una idea precisa de la tendencia que se está recorriendo. Aunque no parece aventurado afirmar que las corrientes secularizadoras ya han dejado su marca, cuanto menos, en el crecimiento de la población que hoy se declara “atea” o “sin religión”.

Conclusión

De todas formas, la secularización como proceso social se encuentra en entredicho. Su teoría clásica incluía supuestos que ni siquiera en las comunidades menos creyentes se han verificado. Esta postulaba un declive lineal y general de lo religioso que finalizaría, en última instancia, con la existencia misma de la fe. En este punto, se nutría de la más amplia teoría de la modernización, tributaria, a su vez, de la racionalización de anclaje weberiano. Según interpretaba, a me-

dida que avanzaran otras esferas –comenzando por la científica– la religión como “explicación” del mundo y como recurso comenzaría a perder progresivamente influencia para terminar desapareciendo u ocupando un rol muy marginal.

Con cierta facilidad, puede derivarse la conexión de esta comprensión de la secularización con los tópicos que hemos tratado. Esquemáticamente, lo que se formulaba era una suerte de relación de suma cero entre la devoción y los medios técnicos. Con lo cual, la propia evolución, por ejemplo, de los tratamientos médicos iba a ir en constante desmedro del uso de la religiosidad con propósitos curativos. Por supuesto, es viable creer que se trata de un proceso en marcha y que si aún se sigue echando mano a los recursos religiosos es solo porque la medicina no avanzó lo suficiente. Puede el lector consultar algunas de las obras de Steve Bruce –en la actualidad, uno de los más férreos defensores de la teoría clásica– para constatar la razonabilidad de sus argumentos (1996; 2002).

Claro que no son los que nosotros sostenemos. Ciertamente, las tendencias secularizadoras pueden expresarse marcadamente en algunos sectores sociales tanto como ciertas prácticas religiosas pueden menguar y hasta desaparecer. Ni siquiera el Dios trino de los cristianos tiene asegurada su perpetuidad. De hecho, a lo largo del capítulo hemos visto a la religión cumpliendo funciones en las que, con los siglos, su importancia relativa decayó: como legitimadora del sistema político, como justificadora del orden social y, quizá, como complemento de los tratamientos médicos.

Sin embargo, también la hemos visto consolando, acompañando y uniendo a hombres y mujeres en la angustia y el dolor. He aquí una dimensión frente a la cual los medios técnicos –entre ellos, la medicina– tienen límites insalvables. Pensar en una tierra sin sufrimientos y sin pérdidas es una quimera. Y muy probablemente siempre lo sea. Ante la desazón y la agonía es poco lo que el simple humanismo y la ciencia pueden ofrecer. No es extraño que, en esas circunstancias, se reencuentren con la fe quienes la habían perdido o que la descubran aquellos que nunca la habían vivido.

No dudamos entonces que la religión seguirá dando respuestas. Generará lazos de pertenencia, de solidaridad; ofrecerá identidades y sentidos de trascendencia para quienes los necesiten. Reconfortará ante las enfermedades que se obstinan en perdurar y, a su manera, sanará a los dolientes. Seguramente, los brotes epidémicos del siglo XXII también encontrarán a muchos implorando al cielo. A cualquier cielo.

Bibliografía

Barbieri, Sergio (2007). *Exvotos argentinos: un arte popular*. Buenos Aires: Fondo Nacional de las Artes.

Binetti, Jesús (2019). “Pedir y agradecer. La religiosidad de Buenos Aires entre dos reformas, 1771–1821”. *Andes, Antropología e Historia*, 30 (1), 1–31.

Bruce, Steve (1996). *Religion in the modern world: from cathedrals to cults*. New York: Oxford University Press.

Bruce, Steve (2002). *God is dead: secularization in the west*. Oxford: Blackwell Publishing.

De Certeau, Michel (1985). *La escritura de la historia*. México: Universidad Iberoamericana.

Durkehim, Emile (1982 [1912]). *Las formas elementales de la vida religiosa. El sistema totémico en Australia*. Madrid: Akal.

Jumar, Fernando y Sandrín, María Emilia (2009). “¿A panza llena corazón contento? La economía rioplatense, el estado llano y general del pueblo y la adhesión a la revolución”. Trabajo presentado en *I Jornadas Internacionales Independencia, historia y memoria*, 20 al 22 de agosto de 2009, San Miguel de Tucumán, Argentina.

Krucoff, Mitchell Wolfe et. al. (2005). "Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the Monitoring and Actualisation of Noetic Trainings (MANTRA) II randomised study", *The Lancet*, 366, 211–217.

LaVorágine, Santiago(2006 [c.1250]). *La leyenda dorada*. Madrid: Alianza.

Mallimaci, Fortunato (2013). *Atlas de las creencias religiosas en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos.

Martínez de Sánchez, Ana María y Rípoda Ardanaz, Daisy (1996). *Imaginería y piedad privada en el interior del Virreinato rioplatense*. Buenos Aires: PRHIS-CO-Conicet.

Moreno, José Luis (2000). "El delgado hilo de la vida: los niños expósitos de Buenos Aires, 1779–1823". *Revista de Indias*, 220 (60), 663–685.

Powell, Lynda, Shahabi, Leila y Thoresen, Carl (2003). "Religion and spirituality: Linkages to physical health". *American Psychologist*, 58 (1), 36–52.

Ragon, Pierre (2002). "Los santos patronos de las ciudades del México central (siglos XVI y XVII)". *Historia Mexicana*, 52 (2), 361–389.

Sallmann, Jean–Michel (1994). *Naples et ses saints à l'âge baroque (1540–1750)*. Paris: PUF.

Varela, Luis Vicente (1897). *Breve historia de la Virgen de Luján, su Santuario y su culto. Desde 1630 hasta 1897*. Buenos Aires: Establecimiento Tipográfico "Nicolás Avellaneda".

Las epidemias, durante y después Saber médico, competencias políticas y gente común: de acciones, resistencias y consecuencias

Yolanda de Paz Trueba

Las fantasías inspiradas por la tuberculosis en el siglo xix, y por el cáncer hoy, son reacciones ante enfermedades consideradas intratables y caprichosas—es decir, enfermedades incomprendidas—precisamente en una época en que la premisa básica de la medicina es que todas las enfermedades pueden curarse. Las enfermedades de ese tipo son, por definición, misteriosas. Porque mientras no se comprendieron las causas de la tuberculosis y las atenciones médicas fueron tan ineficaces, esta enfermedad se presentaba como el robo insidioso e implacable de una vida. Ahora es el cáncer la enfermedad que entra sin llamar, la enfermedad vivida como invasión despiadada y secreta, papel que hará hasta el día en que se aclare su etiología y su tratamiento sea tan eficaz como ha llegado a serlo el de la tuberculosis.

(Sontag, Susan ([1977], 2018). *La enfermedad y sus metáforas*, p. 8).

Una vez más y casi paradójicamente cuando creíamos que ya no era posible vivir a expensas de una enfermedad de la que poco o nada se sabe, cuando se suponía que el saber médico tenía (casi) todas las

respuestas a los misterios del cuerpo, una enfermedad, tan parecida a la gripe y a la vez distinta, parece mostrarnos todo lo contrario. Hoy, una dolencia desconocida alimenta no solo fantasías sino sobre todo temor por lo que debemos enfrentar y por cómo debemos hacerlo. ¿Quién no ha temido enfermarse en algún momento de este 2020? ¿Quién no pensó, casi como un absurdo, cómo sobrellevar una vida cotidiana en medio de las rutinas inasibles que nos imponen una realidad que cambia cada día a causa de una “enfermedad misteriosa”? Simplemente seguimos adelante, por momentos como si nada pasara, casi contradictoriamente tratando de aprovechar el tiempo de aislamiento. Mientas, en la vereda de enfrente se levanta amenazante el fantasma de la muerte, esa que nos muestran insistentemente los medios de comunicación que nos dan a diario el reporte aterrador de muertos e infectados y nos dicen que salir a la calle equivale a ir en búsqueda del virus, ese enemigo invisible que acecha en cada esquina y que nadie sabe no solo cómo hallar sino de hallarlo, cómo combatirlo. Y mientras, nuestra vida discurre en un cotidiano en el que lo habitual es no saber a ciencia cierta qué hacer ni cómo actuar: ¿qué dictados seguir? ¿El de la razón (la nuestra)? ¿La de los medios?, ¿La de los médicos, cuya voz se erige una vez más como la que nos dice cómo debemos comportarnos, al tiempo que van sabiendo cómo tratar la enfermedad (aunque no curarla) mientras esta se desarrolla? En medio de tanta contradicción asoma la cabeza aquí y allá la idea de que la pandemia cambiará en un buen sentido a la humanidad como afirma el texto de Diego Armus en este mismo libro, o que tal vez nos hará más buenos, mejores, más empáticos, todo lo que con frecuencia durante la misma no somos. Es decir que, y casi como consuelo, reservamos lo bueno para más tarde.

Todo esto que parece incoherente, y puede que lo sea, es propio de un tiempo con pocos asideros. Sin duda estamos ante un momento inédito en el que la velocidad y la diversidad de noticias que inundan las redes sociales e internet nos comunican, nos informan y al mismo tiempo nos confunden. La cuarentena como práctica, el aislamiento de personas enfermas, reales o potenciales, no son *remedios*

desconocidos como lo han mostrado los historiadores de la salud. Pero la escala mundial que ha tomado el fenómeno sin duda lo es y en este marco la mirada a la historia se vuelve legítima como herramienta para pensarnos desde otro lugar.

En clave de reflexionar en torno a derroteros históricos, este texto buscar rastrear algunas vivencias del siglo XIX y comienzos del XX y la manera en que la sociedad y los gobiernos enfrentaron diversas epidemias. Así, acciones de las autoridades de turno, las consecuencias a mediano y largo plazo y las reacciones de la población serán tópicos de indagación en aras de comenzar a pensar la pospandemia. ¿Qué consecuencias efectivamente dejaron esas experiencias? ¿Cambió la vida de la gente durante y después?

Cólera, tífus, fiebre amarilla, gripe, tuberculosis entre otras enfermedades sacudieron periódicamente en el siglo XIX y primeras décadas del XX a la sociedad argentina y más allá de ella. Eran contagiosas, letales, se extendían rápidamente e impusieron la necesidad de tomar medidas para controlarlas, aunque poco se sabía de qué manera hacerlo y menos aún cómo curarlas. Entonces, ¿cómo se controlaban las epidemias? ¿Qué quedó luego? ¿Cuáles fueron las consecuencias en la vida diaria que habilitaron? Este es un buen momento para asomarnos al pasado y observar que esas intervenciones y cambios, no sucedieron sin resistencias y oposiciones tanto la de los habitantes de a pie como también la de los diversos sectores políticos y médicos que veían sus competencias amenazadas o amplificadas en ese marco. En síntesis, las epidemias fueron y son no solo momentos de incertidumbre y angustia, sino que también nos permiten reflexionar sobre las resistencias y los usos políticos que diversos actores hicieron (y hacen) de la higiene y las enfermedades con su alto potencial de contagio y muerte.

Por otro lado, también constituyeron pruebas que dejaron su marca, y es seguro que introdujeron cambios en los modos de la vida cotidiana de la gente, algunos de los cuales fueron permanentes como las obras públicas y el saneamiento de las ciudades. También

se impuso el saber médico como palabra autorizada para regular la zozobra.

Las epidemias/pandemias del pasado son, finalmente, un buen lente para mirar los distintos modos en los que las personas las vivieron: con miedo, con enojo, acatando las reglas, resistiéndose a ellas, ejerciendo el poder sobre los otros, dando muestras de altruismo o de ambición. Se trata en definitiva, de recurrir al pasado no en busca de respuestas ni de certezas, sino de otras experiencias que nos ayuden a pensar las propias.

Letrinas, conventillos e higiene: algunas pestes que azotaron las ciudades

A los lugares donde se hacían los hombres converge la atención de los higienistas; estos imponen la urgencia de una acción global que regule. Se elabora una estrategia de desodorización de los cuerpos y del espacio que, medio siglo más tarde, se aplicará a la casa del campesino y la habitación del obrero.

(Corbin, Alain (1987). *El perfume y el miasma. El olfato y lo imaginario social. Siglos xviii y xix*, p. 121).

Desde la segunda mitad del siglo xix y sobre todo en los tramos finales de este, las ciudades más importantes y prósperas de la Argentina se enfrentaron a un crecimiento desmedido que trajo bienestar en muchos aspectos pero también puso sobre la mesa las dificultades que generaba el aumento poblacional y la falta de higiene. En este contexto, la llegada de las epidemias se mostraba como la contracara del crecimiento al evidenciar la debilidad de la infraestructura urbana y sanitaria para contenerlas.

Peste bubónica, escarlatina, disentería, cólera, tífus, viruela, sarampión, fiebre amarilla, tuberculosis, fueron habitantes persistentes de las grandes urbes (y otras no tanto como se ve en el trabajo

de Bilbao e Iriani en este mismo libro) a fines del siglo XIX y en los comienzos del XX y obligaron a las autoridades de turno a tomar medidas de cara al saneamiento urbano e incluso a regular la higiene de los espacios de vida y comercio.

En 1866 se registraron algunos focos de cólera en Buenos Aires pero la presencia de esta enfermedad en Rosario en marzo de 1867 se rebeló más mortífera, y la vinculación geográfica de esta ciudad con otras por las que pasaban las tropas combatientes de la Guerra del Paraguay no hizo más que agravar la situación. En 1871 una epidemia de fiebre amarilla azotó Buenos Aires y aunque no fue la primera vez que llegaba a la ciudad, su magnitud fue dramática al cobrarse una cantidad de vidas mucho más alta y sembrando el terror como nunca antes⁷. ¿Qué medidas se tomaron? ¿Cómo reaccionaron las autoridades ante estos fenómenos que si no eran desconocidos se revelaban de mayores magnitudes en ciudades en crecimiento y con un movimiento poblacional más intenso que en épocas pretéritas?

Ante el desconocimiento de las causas de estas enfermedades, el ataque se centró en lo que se consideraban focos de propagación y agentes de contagio, con una batería de medidas diversas que apuntaban en general a la higiene de la ciudad y de sus moradores.

Así, se dispuso el blanqueo de las viviendas, la quema de basurales, la limpieza del puerto, e incluso visitas domiciliarias. Durante la epidemia de fiebre amarilla de 1871 a la que también se refiere el capítulo de Lucas Andrés Masán, una variedad de agentes municipales y otros dependientes de la provincia de Buenos Aires ingresaron a las casas de los porteños con instrucciones para hacer inspecciones, multas por ocultar enfermos, fumigaciones y hasta desalojos de manzanas infectadas hasta llegar a proceder con la fuerza pública si los vecinos ofrecían resistencia.

Se instalaron también lazaretos, lugares destinados a aislar a los contagiados, para intentar evitar la propagación de la enfermedad

⁷ Se cree que habría matado al 8 % de la población porteña, con un ascenso del total de muertos a 14 000 aproximadamente.

más que su tratamiento. La solución a la que se recurrió en estos contextos fue el aislamiento de enfermos e incluso de buques que arribaban al puerto, entre otras medidas que buscaban paliar enfermedades de las que se sabía sus consecuencias pero no su solución definitiva.

Decisiones como establecer la cuarentena e intentos para que la enfermedad no se difundiera por caminos y ríos, tuvieron impactos económicos que no pocas voces denunciaron. Pero además, estas medidas también implicaron una modificación de hábitos de vida de la gente y de sociabilidad: en pro del combate de la epidemia, los inspectores ingresaron a las casas, patios, galpones, cocinas, interfiriendo con la vida cotidiana, señalando a los residentes cómo debían ordenar sus días y su ocio. En nombre de la salubridad se buscó penalizar no solo a los conventillos y a las casas de alquiler percibidos como lugares sucios y hacinados, sino también la disolución de reuniones en pulperías y bodegones.

Tal fue así que los espacios del vivir de los habitantes de las ciudades se vieron modificados en el marco de un intento por ir más allá y cambiar hábitos de higiene y pautas de vida. Como ha señalado Valeria Pita (2016) en relación a la fiebre amarilla, esas inspecciones además de una intención altruista buscaban “[...] ordenar, controlar y regular las formas de vivir de otros moradores porteños, en particular de los pobres y trabajadores” (p. 53).

Pero no fueron solo Rosario o Buenos Aires las que padecieron estos flagelos. A pesar de los esfuerzos por detener su expansión, otras provincias argentinas también tuvieron brotes y la enfermedad se extendió desde las ciudades portuarias al interior, tal como sucedió en 1868 con el cólera. Mientras, se hacían cada vez más evidentes las dificultades para lidiar con los contagios careciendo de infraestructura sanitaria. Más allá de los obstáculos que la implementación de las medidas tuvieron, estas epidemias dejaron consecuencias a más largo plazo: habilitaron la discusión sobre la necesidad de pensar en la salubridad pública, y fue un sector de la elite política la que introdujo estos debates.

Lo que la peste nos dejó: obras de salubridad y pautas de vida cambiantes en aras de la prevención

Las verdades y los conceptos de la medicina poseen una fuerza normativa a la que difícilmente escapa cualquier decisión sobre el valor del comportamiento, las convicciones y el estilo de vida de las personas.

(Anz, Thomas (2006). "Argumentos médicos e historias clínicas para la legitimación e institución de normas sociales". En Wolfgang Bongers y Tanja Olbrich (comps.), *Literatura, cultura, enfermedad*, p. 29).

Tal y como los mismos contemporáneos las pensaron, las epidemias recurrentes y sobre todo la de fiebre amarilla de 1871, se percibió como una especie de parteaguas que señaló la necesidad de emprender una reforma urbana que previera la canalización de ríos y arroyos, secado de pantanos, instalación de espacios verdes y erradicación de industrias como saladeros que se consideraban insalubres. Así, se entendió que había que complementar medidas como el aislamiento y la desinfección con otras como cloacas y aguas corrientes e incluso inversiones sanitarias. En Rosario, por ejemplo, hacia 1904 se contaba con un dispensario antituberculoso, dispensarios zonales y sanatorios particulares que permitieron extender el plan de prevención de enfermedades en diversas zonas y barrios de la ciudad (Partenio, 2009).

En este contexto se asistió a un cambio en el pensamiento médico que empezó a desplazar su foco de atención desde el clima hacia el medio urbano. La incorporación de la cuestión sanitaria como parte de la administración de grandes ciudades como Buenos Aires no fue una novedad de fines del siglo XIX pero sí es cierto que embates como el de la fiebre amarilla marcaron un punto de inflexión y se fue consolidando el higienismo que amplió su campo de acción al opinar y legitimar intervenciones no solo sobre los focos y emana-

ciones pútridas sino también en el entorno urbano e incluso en la vida familiar (Gonzalez Leandri, 2000).

Así como se apuntó a la necesidad de alejar mataderos, saladeros o cementerios, se pensó también en ordenar espacios como plazas y edificios e incluso se buscó aplicar estas regulaciones en la órbita familiar: la mirada de los higienistas se centró también en conventillos y casas de inquilinato y se reglamentó la construcción y limpieza de letrinas y casas de habitación para más de una familia.

Las epidemias tornaron visible lo invisible: los pobres, los que se hacían en viviendas colectivas, los que tenían modos de vida que no eran higiénicos según los preceptos que comenzaban a proliferar, quedaron tristemente expuestos como focos de infección y como víctimas. Como afirma Irene Molinari en su capítulo sobre la lepra en este mismo libro, se estableció un vínculo entre pobreza y enfermedad que llevó a estigmatizar a las víctimas. Fue así que se generalizaron una serie de concepciones que descalificaban los modos de vida de los sectores populares, a quienes en parte se consideraba responsables de los asaltos que la ciudad recibía por parte de la peste. En este sentido, la vigilancia del cotidiano movimiento de los barrios de obreros, se tornó constante en los comienzos del nuevo siglo, con un interés que excedía al de las condiciones de habitabilidad en el marco de las epidemias.

Pero además, estas aunaron la preocupación sanitaria con el progreso y la cuestión social. El cólera y la fiebre amarilla alimentaron otro temor que se cernía sobre una parte de la elite política y de la medicina higienista que comenzaba a ganarse su lugar en el discurso y también en el Estado: la alta mortalidad que las ciudades argentinas tenían por estas causas podía afectar el flujo migratorio que por entonces era crucial para el crecimiento de la economía (Partenio, 2009).

La creación en 1880 del Departamento Nacional de Higiene fue una medida central para impulsar el control sanitario. En este marco, disposiciones como la inspección de desperdicios, blanqueo de viviendas, desalojo de personas de conventillos considerados insa-

lubres, control de alimentos como la leche, la carne y las frutas, la prohibición de instalar mataderos en lugares céntricos y el comienzo de los trabajos para proveer de agua potable a los habitantes de las ciudades, fueron algunas de las medidas puestas en práctica con estos objetivos.

Finalmente, al tiempo que el higienismo comenzó a ser una voz autorizada, los médicos vieron legitimado su ingreso a diversas reparticiones gubernamentales (González Leandri, 2012). Desde allí, alertaron sobre la necesidad de tomar medidas en el marco de las epidemias pero también avanzaron sobre la concreción de una serie de obras que, con una intención preventiva, se encaminaron a modificar la vida en el mediano y largo plazo. En no pocas oportunidades, estas obras y disposiciones se tomaron en medio de resistencias y disputas políticas, no solo entre las autoridades y la población que se resistía a la intrusión en sus vidas, sino también se pusieron en evidencia las tensiones entre poderes médicos municipales y nacionales en relación con el tratamiento de las enfermedades y su prevención más allá de la coyuntura inmediata.

No todo lo que reluce es oro. Prevención, oposiciones y resistencias

[...] Hay pues un envés de la historia de los dispositivos disciplinarios [...] En oposición a las lecturas reductoras de su trabajo, Foucault recuerda la fuerza de las prácticas rebeldes que responden, de diversas maneras, a las macrotécnicas de construcción.

(Chartier, Roger (2001). *Escribir las prácticas*. Foucault, de Certau, Marin, pp. 44–45).

Si la acometida sobre la vida privada era legitimada por el estado de apremio que habilitaba la epidemia, tampoco faltaron las resistencias y la antipatía por las intervenciones. En Buenos Aires y en Rosa-

rio, el aislamiento, la paralización de las comunicaciones, el desalojo de casas en condiciones que se entendía propagaban la enfermedad entre otras, despertaron también las voces de alarma de aquellos que veían afectada su actividad económica a la que se sumaron algunos médicos que no creían en la cuarentena ni en el impedimento de la actividad portuaria.

La población tampoco fue pasiva ante la visión de la quema de sus pertenencias o ante el impacto de verse arrojados a la calle tras el desalojo de sus pobres viviendas y en no pocas ocasiones protestaron en aras de lo que consideraban una afrenta a sus derechos (Pita, 2016). Como ha planteado Chartier (2001) en relación al concepto de poder de Foucault, analizar los mecanismos de poder no quiere decir que este sea siempre ganador. En tal sentido, sostiene que los procedimientos de sujeción y los comportamientos de los sujetados tiene siempre la forma de un enfrentamiento y no la de un avasallamiento.

Fue así que la búsqueda de focos de infección en las ciudades y viviendas se topó con las resistencias de aquellos que no querían ser objeto de las visitas domiciliarias que las sentían como una interferencia en su vida cotidiana, en su forma de ocio, de vivienda, de encuentro. La intervención de médicos, autoridades municipales y policiales para inspeccionar letrinas, cocinas, cuartos, patios, era entendida por quienes habitaban allí como intrusiones al margen de la ley (Pita, 2016).

En cualquier caso y en diversos contextos, un brote epidémico pareció ser, a lo largo de la historia, un momento en el que se ponen a prueba las capacidades de los poderes instituidos para intervenir y regular sobre diversos aspectos que hacían al contagio y a la enfermedad, pero también para sortear cuestiones relativas a las competencias entre el presidente de la Municipalidad y las comisiones vecinales que hacían esas inspecciones, e incluso los poderes provinciales y nacionales.

Si la denuncia de miasmas, letrinas y otros aspectos relativos a la salubridad fueron centrales en estos contextos donde el saber mé-

dico pareció encontrar un lugar de autoridad no solo en el discurso sino en el hacer, algo que como veremos con el tiempo se iría acentuando, la persistencia en la desinfección y la salubridad escondían también otros propósitos menos evidentes, como la puja por delimitar áreas políticas de competencia.

Como ha señalado Valeria Pita (2016) en relación a la epidemia de fiebre amarilla de 1871 en Buenos Aires, “[...] En el verano de 1871 se puso en evidencia que, a pesar de las disposiciones municipales en vigencia, las letrinas porteñas, además de ser portadoras de miasmas, eran una fuente de conflicto y tensiones políticas” (p. 46).

Asimismo, el incremento en Rosario de casos de cólera a fines de 1894, puso en escena una vez más la disputa entre la Asistencia Pública y el Departamento Nacional de Higiene (Partenio, 2009). En este sentido y por razones de competencias jurisdiccionales y también presupuestarias, la implementación de cambios en las medidas de control y prevención de enfermedades parecen haber llegado a Rosario con más lentitud que en Buenos Aires, donde la impronta médico higienista fue más potente. Así, las epidemias pusieron sobre la mesa no solo la carencia de infraestructura sino también los juegos de poder entre autoridades municipales, provinciales y nacionales, que hicieron a veces que se implementaran más lentamente las medidas que los médicos higienistas proponían como innovadoras, cuando además los recursos eran escasos. Fue así que a pesar de los avances en materia de dependencias estatales creadas, a fines de siglo incluso en 1900 con el brote de peste bubónica en Rosario se recrearon medidas que “[...] oscilaron entre la improvisación y la precariedad, en muchos casos originada en la falta de recursos” (Partenio, 2009, p. 92).

Finalmente, la manera de percibir esas injerencias en la vida cotidiana, de interferir con esta por parte de los habitantes de las ciudades, fue heterogénea, y los vínculos sociales y las marcas de clase coexistieron con acuerdos y tensiones que atravesaban los deseos de regular el aseo. Era habitual que los inspectores vecinales fueran más benévolos con aquellos con quienes tenían algún compromiso y

más duros en el caso de vecinos con los que querían cobrarse alguna cuenta previa (Pita, 2016).

La prensa tampoco fue un actor ajeno a lo que estaba sucediendo y el registro de la epidemia no fue azaroso ni desinteresado. Así, al tiempo que en el marco de la fiebre amarilla se relataba la existencia de letrinas infectadas, conventillos hacinados, basuras que no se recogían y diversos focos de infección llegando incluso a denunciar la existencia de cadáveres abandonados, buscaban desacreditar al municipio al ponerlo como responsable de intervenciones que no estaban dando resultados. Buscaban instalarse como la voz autorizada para plantear lo que estaba pasando, al tiempo que se manifestaban en contra de medidas que consideraban desacertadas. La prensa de alguna manera nos habla en aquellos contextos de héroes y culpables, algo que como refleja el capítulo de Karina Ramacciotti y Daniela Testa en este libro, se reedita hoy en el marco del covid-19. ¿Quiénes actuaban mal? ¿Por qué la enfermedad se propagaba? Básicamente como ha señalado Diego Galeano (2009) se trataba de definir los sentidos simbólicos que trascendían esa experiencia histórica.

Siglo xx, ¿y ahora qué? Nuevas epidemias, viejos temores

La metáfora militar sirve para describir una enfermedad particularmente temida como se teme al extranjero, al «otro», al igual que el enemigo en la guerra moderna; y el salto que media entre demonizar la enfermedad y achacar algo al paciente es inevitable, por mucho que se considere a este como víctima. Las víctimas sugieren inocencia. Y la inocencia, por la inexorable lógica subyacente a todo término que expresa una relación, sugiere culpa.

(Sontag, Susan ([1977, 2018]). La enfermedad y sus metáforas, p. 53).

El nuevo siglo trajo nuevo brotes epidémicos aunque de distinto tipo. En 1917, otra epidemia azotó Argentina: la pandemia de *gripe española*, cuya segunda oleada se extendió hasta agosto de 1919⁸. Algunas cuestiones en relación a las medidas tomadas y a las reacciones nos llevan a pensar en ciertos comportamientos persistentes: la sensación de los ciudadanos de estar siendo atacados en las libertades personales e individuales, su mixtura con el temor y desconcierto ante lo desconocido, en el marco del profundo impacto que esta pandemia tuvo en todos los niveles de la sociedad.

Una vez más, las decisiones sobre todo en grandes ciudades como Buenos Aires estuvieron focalizadas en evitar la propagación. En este sentido, las reuniones sociales y de todo tipo que implicaran aglomeración de gente fueron objeto privilegiado de esas intervenciones. De allí que reuniones masivas, espectáculos públicos, cierre de bares y escuelas, de iglesias, desinfección de transportes públicos entre otros, estuvieron entre las medidas tomadas para cortar la cadena de contagios.

Si bien estas disposiciones se tomaron a través del Departamento Nacional de Higiene y debían ser duplicadas por los consejos provinciales de higiene, tal como en oportunidades pasadas, en las provincias la aplicación fue más errática y lenta. Se trató de competencias políticas, jurisdiccionales o de falta de recursos que, como vimos antes en relación con otros contextos históricos, no eran situaciones novedosas. La prensa opositora criticó profundamente las decisiones tomadas por el Estado, no solo porque efectivamente eran medidas incompletas sino porque aprovechó la situación para hostigar al gobierno, al igual que otros sectores políticos.

⁸ Ha sido considerada como la pandemia más devastadora de la historia humana, ya que en solo un año mató entre 20 y 40 millones de personas, incluyendo una alta mortalidad infantil. En Argentina, sin embargo, tuvo un impacto más benigno en Buenos Aires y afectó más a las provincias del norte y en menor medida las del centro del país. Habría causado de todos modos (sin incluir los territorios nacionales) entre 1917 y 1918 un saldo total de 14 997 muertos (Carbonetti y Álvarez, 2017, p. 212).

También las resistencias de la población (que no siempre cumplió con lo que se le demandaba), fueron de variado tipo. Por ejemplo se organizaron misas y procesiones a pesar de la expresa prohibición. Es que ante lo que se asociaba a un castigo divino, estas acciones eran llevadas adelante en línea con la idea de aplacarla. Pero como recuerdan Carbonetti y Álvarez (2017), el poder de la Iglesia con quien los poderes públicos no querían confrontar se aunaba con la desobediencia de la población. Una desobediencia practicada por una sociedad que no obstante se encontraba en estado de angustia porque además del miedo a la enfermedad y a la muerte que esta causaba a su paso, la gripe también generaba la paralización de la actividad económica.

En parte, este comportamiento errático tenía que ver con la falta de certezas que no solo aquejaba al ciudadano común sino también a la elite médica argentina que por entonces no podía afirmar a ciencia cierta las causas de la enfermedad así como expedirse sobre la terapéutica adecuada para ellas. Por ello, el desconcierto tenía que ver también con debates que tenían lugar al interior mismo de la corporación médica. Si poco se sabía sobre su etiología, poco es lo que se podía hacer de manera coordinada en materia de tratamiento, algo que enfrentaba para sumar más confusión a las dos instituciones más fuertes que tenía Argentina en materia sanitaria: el Departamento Nacional de Higiene y la Facultad de Medicina.

En síntesis, frente a un momento de zozobra, los poderes políticos quedaron ante el desafío de enfrentar una enfermedad para la que no tenían explicación y las medidas que se tomaron encontraron resistencias en diversos ámbitos.

La tuberculosis, el miedo a la muerte y más allá

[...] las enfermedades pueden ser utilizadas para denunciar aquellas normas sociales consideradas como patógenas y para legitimar el

llamado a reemplazarlas por otras más sanas”.

(Anz, Thomas (2006). Argumentos médicos e historias clínicas para la legitimación e institución de normas sociales. Wolfgang Bongers y Tanja Olbrich (comps.), Literatura, cultura, enfermedad, p. 35).

Si hay una enfermedad que se relaciona con la idea de reforma de hábitos de vida y su vínculo con lo social en el Buenos Aires moderno, es la tuberculosis. Como ha sostenido Armus (2000) lo que se llamó la lucha antituberculosa constituía una serie de iniciativas dirigidas a combatir la enfermedad a partir del desarrollo de modos de vida considerados sanos, higiénicos y moralmente aceptables, en cuyo centro se consolidó un sector médico que, aunque con ciertas tensiones, contó con el consenso de todo el arco político.

Cuando la construcción de obras de salubridad bajó el nivel de contagio de las epidemias y acarreó una disminución en la mortalidad por cólera, fiebre amarilla, fiebre tifoidea entre otras, los higienistas pusieron el foco en la pobreza y en la necesidad de asistir a través de instituciones que en los tramos finales del siglo XIX eran escasas cuando no inexistentes. Fue así que mientras en las décadas de 1870 y 1880 los higienistas impulsaron la construcción de redes cloacales y de agua potable, en la de 1920 toda la prédica se enfocó en la creación de lugares para asistencia, prevención y moralización que buscaban contener los desajustes traídos por el progreso modernizador (Armus, 2000).

En el marco de cambios que tenían que ver con la prosperidad y las preocupaciones por la salubridad y la higiene, la enfermedad quedó asociada a lo social. En este contexto, se debe subrayar que, como en el siglo XIX pero con otras *recetas*, se destaca el creciente rol que la medicina higienista tuvo tanto en difusión de ideas preventivas y educativas como en el diseño de hábitos disciplinadores.

Como vimos páginas atrás, en el marco de cada epidemia, la presencia del higienista ganó terreno, acusando a los gobiernos e intentando imponer medidas paliativas pero de saneamiento, muchas de las cuales transformaron las grandes ciudades con obras de in-

fraestructura. En el medio, la higiene ganó legitimidad al aunar en su discurso la solución a la epidemia y un pensamiento más amplio que pensaba también en el progreso social y económico.

A medida que el nuevo siglo avanzaba, la persistencia de la tuberculosis entre otras enfermedades que no se propagaban por la falta de agua potable o higiene, se acompañó con una campaña de los médicos por afirmarse como los únicos prestadores de servicios de salud. A la higiene defensiva se fue sumando una nueva versión que combinaba la preocupación por la salud, la plenitud física y la perfección moral. El estilo de vida estuvo en el centro de los nuevos embates.

La manera de entender la salud que estos médicos propulsaron nada tenía que ver con la cuarentena y el aislamiento de fines del siglo XIX; las epidemias infectocontagiosas parecían haber quedado atrás. Y si bien en algún sentido la ansiedad reaparecía en ocasiones como en el caso de la *gripe española*, en general se asentaba la idea de que haciendo las cosas de cierto modo, se podía estar sano, al entender la salud como algo integral.

La tuberculosis en este marco fue insistentemente relacionada con lo social, con la decadencia de los individuos y de la sociedad que asistía a cambios culturales y sociales. El exceso de trabajo, de sexo, de alcohol y de los placeres que la vida moderna ofrecía, se entendía que eran factores predisponentes, en medio de la falta de certezas médicas sobre ella (Armus, 2007).

Pero si bien el saber médico era insuficiente sobre esa enfermedad, insistentemente buscaba disciplinar los modos de vida y alzarse como la palabra autorizada donde lo moral y lo social se mixturaban con lo sanitario.

Si bien todo parece indicar que las mejoras en las condiciones de vida y más tarde los antibióticos hayan sido la causa del descenso de la mortalidad por tuberculosis, los médicos fueron diseminando exitosamente un nuevo credo higiénico y conformaron una burocracia estatal abocada a la lucha contra esta enfermedad. Este colectivo discutió ni más ni menos que el rol del Estado en materia de

salud pública. Dicho en otros términos, estos médicos, más allá de sus filiaciones ideológicas, creían que cabía al Estado hacerse cargo de la salud de la población, una demanda que en cierto punto coincidía con la de algunos sectores de la sociedad civil, especialmente de los obreros organizados. Los enfermos demandaban más atención médica, lo que presionaba sobre la infraestructura de sanatorios y otros servicios de asistencia.

¿Qué fue después? El balance indica que en la lucha antituberculosa, quedó la exitosa difusión en toda la sociedad de una suerte de cultura higiénica armada en torno a un código de conductas y hábitos que supuestamente debían servir para evitar el contagio de la tuberculosis. Ese código de conducta indicaba no solo los hábitos limpios y saludables sino que también marcaba los sucios y anti-higiénicos. Sin embargo, estas ideas encontraron a su paso también resistencias que, tal como Armus (2000) sostiene “[...] debe interpretarse no como calculadas contestaciones ideológicas al código higiénico sino como evidencia de la subjetividad con que la gente común lidiaba con los avatares de la vida cotidiana” (p. 215).

Sin embargo se hicieron carne estas ideas que en definitiva buscaron normar el día a día. Y mientras se buscaba mejorar los servicios de atención sanitaria, se dejaba en claro que esta era una enfermedad social que, como ninguna otra, se relacionaba con el modo de vida de aquellos potenciales enfermos. Todos estos actores asumieron que existía un derecho a la salud y a la atención sanitaria, donde “[...] la responsabilidad individual y la del Estado tendían a complementarse” (Armus, 2000, p. 216), consideraciones que en relación a las enfermedades más diversas se reactivan constantemente.

Bibliografía

Armus, Diego (2000). Consenso, conflicto y liderazgo en la lucha contra la tuberculosis. En Juan Suriano (comp.), *La cuestión social en Argentina, 1870–1943*. Buenos Aires: La Colmena.

Armus, Diego (2007). *La ciudad Impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870–1950*. Buenos Aires: Edhasa.

Carbonetti, Adrián y Álvarez, Adriana (2017). La gripe española en el interior de la Argentina (1918–1919), *Americania. Revista de Estudios Latinoamericanos de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla*, 6, 207–229.

Chartier, Roger (2001). *Escribir las prácticas. Foucault, de Certau, Marin*. Buenos Aires: Manantial.

Corbin, Alain (1987). *El perfume y el miasma. El olfato y lo imaginario social. Siglos XVIII y XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.

Galeano, Diego (2009). Médicos y policías durante la epidemia de fiebre amarilla (Buenos Aires, 1871). *Salud Colectiva*, 5 (1), pp.107–120.

González Leandri, Ricardo (2000). Notas acerca de la profesionalización médica en Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX. En Juan Suriano (comp.), *La cuestión social en Argentina, 1870–1943* (pp. 217–243), Buenos Aires: La Colmena.

González Leandri, Ricardo (2012). Itinerarios de la profesión médica y sus saberes de Estado. Buenos Aires, 1850–1910. En Mariano Ben Plotkin y Eduardo Zimmermann (comps.), *Los saberes del Estado* (pp. 123–152), Buenos Aires: Edhasa.

Partenio, Florencia (2009). Rosario en cuarentena: normalización y disciplinamiento de la población durante las epidemias, 1860–1904. *Urvio, Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana*, 7, 83–97.

Pita, Valeria (2016). Intromisiones municipales en tiempos de fiebre amarilla: Buenos Aires, 1971. *Revista Historia y Justicia* 6, 44–71.

Pita, Valeria (2016). Fiebre amarilla, habitaciones colectivas y disputas por derechos. Buenos Aires, 1971. En Andrea Andújar et al, *Vivir con lo justo. Estu-*

dios de Historia social del trabajo en perspectiva de género. Argentina, siglos XIX y XX (pp. 15–36), Rosario: Prohistoria.

No hay aquí inmunidad para nadie Epidemias, imágenes y sensibilidades en Buenos Aires, 1857–1887

Lucas Andrés Masán

En el año 1857, a poco tiempo de creada la Municipalidad de Buenos Aires, la comunidad asistió a un evento singular. De cara a prevenir un posible brote epidémico se procedió a un “blanqueamiento general de la ciudad” que, en palabras del por entonces secretario municipal José María Cantilo, “presentó un bello espectáculo, honorífico para la población, y que al responder a una necesidad higiénica, sirvió también para hermostrar los edificios” (*Memoria municipal*, 1858, pp. 9–10). Se trató de una acción que implicó no solo una dimensión estética e higiénica, sino también un síntoma de lo que pretendía ser una nueva moralidad política, por la cual se propiciaba un acto simbólico en el que se dejaba atrás el color característico del período rosista. Se trocaban en definitiva los sentidos asociados al rojo punzó, en tanto evocación de la suciedad, la barbarie, la destemplanza y la muerte, debido fundamentalmente a su origen en la sangre animal. El “blanqueamiento” constituyó un “acto icónico” (Bredekamp, 2016) de carácter urbano, en tanto quiebre visual propiciado por el Estado y medida específica que presentó la oportunidad de influir significativamente en la higiene, visualidad y moralidad públicas, justamente en un momento en el que una epidemia mostraba sus

primeros indicios. Esta acción constituye una huella que nos revela como una filigrana preocupaciones más hondas, vinculadas a una nueva forma de concebir la sociedad, el entorno y la interacción entre sus componentes.

El “blanqueamiento” procuraba ante todo prevenir, dado que una desconocida enfermedad como la fiebre amarilla acechaba la vecina ciudad de Montevideo. Ante el peligro inminente, las autoridades municipales recomendaron extremar las medidas higiénicas en esta margen del Río de la Plata para prevenir posibles focos de contagio o, en un nivel mucho más indeseable, la eventual propagación del patógeno en la población local. Con miras a ello la recientemente establecida Comisión de Higiene editó las *Instrucciones al pueblo*, un documento donde se decretaba un conjunto de disposiciones tendientes a “velar por la salud pública” y abocado principalmente a “prevenir a las poblaciones [...] cuales son las medidas que se deben poner en práctica para evitar la invasión, o por lo menos, para minorar (sic) su devastadora influencia en caso de desarrollarse” (*Memoria municipal*, 1858, p. 67). Repartidas “profusamente” entre los casi cien mil habitantes, se trató de un compendio de medidas, recomendaciones y sugerencias de naturaleza preventiva que apuntaban en distintas direcciones. De entre las consignas de aquellas *Instrucciones*, se insistía en la relevancia de una acción individual con impacto colectivo: el blanqueamiento general de las viviendas.

Aunque esta primera alarma no representó un acontecimiento conmocionante *per se*, vistos en perspectiva histórica estos eventos operarían como un prólogo de lo que sería una novela con tintes dramáticos: los brotes epidémicos de la segunda mitad del siglo XIX. En décadas ulteriores, tanto el cólera como la fiebre amarilla formarían parte de la memoria de quienes asistieron con temor al desarrollo de “dos de las enfermedades más agresivas del siglo XIX” (Fiquepron, 2020, p. 50). El itinerario marcado por estas enfermedades pondrá de relieve una sensación de vulnerabilidad que bien puede sintetizarse con la frase pronunciada por el médico Juan Corradi durante el brote de cólera de 1867: “No hay aquí inmunidad para nadie” (*El inválido*

argentino, n° 14, 31/3/1867). Algunos años después de esta expresión se expondría una imagen singular, posiblemente el acto icónico más notable en lo que a epidemias refiere: *Un episodio de fiebre amarilla en Buenos Aires* (imagen 1), pintado por el uruguayo Juan Manuel Blanes en 1871.



Imagen 1: Juan Manuel Blanes, *Un episodio de la fiebre amarilla en Buenos Aires*, 1871.

Fuente: Museo Nacional de Artes Visuales, Montevideo (Uruguay).

Tanto por la calidad de su factura, la relevancia de las figuras retratadas, la atención que suscitó en el público o las repercusiones que generó entonces, el cuadro ha sido visitado desde distintas perspectivas, muchas de las cuales han dado cuenta de las diversas formas en que una imagen puede contribuir al conocimiento histórico (De Paz Trueba, Echeverría, Gómez y Lionetti, 2020; Figuepron, 2020; Galeano, 2009; Malosetti Costa, 2003 y 2005; Amigo, 1994; Malosetti Costa, 1992, entre otros).

Expuesto en octubre de 1871 en el *foyer* del Teatro Colón (*Revista Argentina*, 1871, p. 584), el lienzo causó admiración y fue un éxito tal que las personas hacían fila para presenciarlo, situación que ha

sido interpretada como una expresión catárquica del dolor colectivo ante la epidemia más grande del siglo XIX (Malosetti Costa, 1993, pp. 159–160; Amigo, 1994, p. 316). Aquella cantidad de personas dispuestas a pagar la considerable suma de 10 pesos para ver el cuadro (*La Tribuna*, 21/12/1871) e incluso llorar ante él, nos ofrece un indicio respecto de la avidez visual con que muchos contemporáneos valoraron aquella obra. Entre las infinitas aclamaciones, se llegó a decir que Blanes era un maestro de los colores (*Revista del Río de la Plata*, 1871, p. 671) y que el cuadro “No amortigua la realidad ni la idealiza, la copia, y es tan leve la gasa entre el original y el trabajo que la mirada sagaz no la percibe” (*Revista Argentina*, 1871, pp. 583–586). La escena, cabe decirlo, evocó el momento en que dos miembros de la Comisión Popular de Buenos Aires –José Roque Pérez y Marcos Argerich– ingresaban a un conventillo situado en la calle Balcarce 348 y encontraban el cadáver de la inmigrante italiana Ana Bistriani, a cuyo seno se aferraba un niño. La enfermedad estaba en aquel lienzo sin estarlo, habitando el cuerpo de la fallecida y de aquellos ilustres ciudadanos que, como Pérez y Argerich, realizaban la triste comprobación del fatal desenlace de la epidemia. Muy poco tiempo después la fiebre amarilla también acabaría con Pérez y Argerich, para subrayar que, efectivamente, allí tampoco había inmunidad para nadie.

Entendidas como eventos conmocionantes, los episodios de cólera y fiebre amarilla de la segunda mitad del siglo XIX ocuparon el centro de las preocupaciones y revelan huellas de una sociedad que fue organizándose bajo ciertos parámetros y que, aunque entregada por momentos a la incertidumbre o el pánico, articuló un conjunto de premisas orientadas sobre la base de nuevas pautas de escrúpulos. En estas páginas observaremos cómo, desde mediados del siglo XIX, es posible advertir una cotización creciente de las exigencias sanitarias, en parte vinculadas a los apremios que las epidemias dejaron tras de sí. Por tratarse de fenómenos misteriosos atizados por su invisibilidad, las marcas visuales dejadas por estos funestos eventos nos permiten trazar un recorrido que, a partir de síntomas, nos servirán para auscultar una trama mucho más compleja. Buscaremos

entrever las modalidades bajo las cuales se configuró una sensibilidad colectiva (Barrán, 1990) que valoró la higiene y la limpieza como pautas de un espíritu civilizado que deploraba la suciedad, el hedor y la fetidez.

Rastros de la enfermedad

Antes referimos las medidas de carácter preventivo adoptadas por la Corporación Municipal en 1857 como el blanqueamiento colectivo o las instrucciones al pueblo, señalando que aquella amenaza no representó entonces una calamidad. Sentó, no obstante, un valioso precedente que será retomado en décadas posteriores, especialmente durante la primera instancia epidémica conmocionante, como el brote de cólera de 1867. Si bien esta crisis sanitaria no arrojó un resultado tan dramático como la fiebre de 1871, sus consecuencias penetraron en el imaginario local, y se proyectaron desde allí en varias direcciones. Una de ellas fue la incertidumbre y sensación de vulnerabilidad que provocaba un fenómeno en buena medida desconocido y por tanto, sumamente amenazador.

A inicios de 1867 se advertía desde la prensa respecto de una nueva enfermedad que estaba ocasionando “tanto terror y afición” en la población. Pese a que aún no se había expandido, el viajero y médico inglés Scrivener avizoraba la posible magnitud de la epidemia enfatizando que: “Nuestro objetivo al trazar estas líneas es para disminuir, si es posible, el terror que hemos visto tan notablemente pintado en muchos semblantes durante aquel flagelo” (*La Revista de Buenos Aires*, n° 49, 1867, p. 91). El lenguaje docto podría tal vez mitigar en algún punto el miedo a la enfermedad, aunque la gravedad del evento lo colocaba, efectivamente, como un “suceso tan funesto como alarmante” (*La Revista de Buenos Aires*, n° 49, 1867, p. 98). La advertencia no resultaría excesiva, ya que a los pocos meses se reveló un panorama mucho más inquietante, con el avance de la enfermedad en distintos puntos del país. Para comienzos de 1868 la exhorta-

ción lanzada por Corradi sobre una “vulnerabilidad” indiscriminada se confirmaría del modo más estricto, cuando el cólera se cobró una víctima de relieve como el vicepresidente de la Nación, Marcos Paz. El episodio causó conmoción, lo que llevó a señalar que el “azote” no “respetaba” a nadie y “sorprendía” hasta al individuo “de inapreciables prendas”, doblegando incluso la “lucha desesperada del cariño y la ciencia contra la epidemia” (*La Tribuna*, 03/01/1868). Las exequias de aquel “gran ciudadano” obedecieron a la pompa de un alto mandatario y representaron un “espectáculo grandioso aunque muy consolador para todos” (*El inválido argentino*, N° 54, 05/01/1868).

Las explicaciones sobre el origen del flagelo estuvieron orientadas hacia la degradación del aire “traída por la atmósfera del sitio de la guerra en el Paraguay, corrupta con las exhalaciones pestíferas de los cadáveres, medio sepultados, de los que sucumbieron en las sangrientas batallas” (*La Revista de Buenos Aires*, n° 49, 1867, p. 98). Uno de los aspectos valiosos del relato de Scrivener es que, a diferencia de lo ocurrido una década atrás con las *Instrucciones*, su crónica resultaría más cercana y explícita respecto del pavor que la peste insufló en la ciudadanía. Fue acompañada además de una descripción pormenorizada de la sintomatología del cólera, caracterizada por “alteración en el rostro, casi imperceptible el pulso, un frío glacial, lividez de los miembros, supresión de orina, ausencia de bilis, vómitos y deyecciones blanquecinas, calambres (y) zumbidos en los oídos” (*La Revista de Buenos Aires*, n° 49, 1867, p. 247). La enfermedad en cuestión provocaba una lenta agonía que duraba de 24 a 30 horas y de la que el individuo resultaba plenamente consciente. Dicha condición nos permite imaginar de qué manera este tipo de afecciones producían no solo la muerte de grandes conjuntos de población sino también aspectos sociales como el extrañamiento y rechazo que sufría quien padecía la enfermedad (Fiquepron, 2017, p. 63 y 2020, p. 55). Se trata de una arista externa del flagelo que nos conduce hacia otra peculiaridad que podríamos denominar como “los rostros de la peste”, y que invita a colocar el prisma en la dimensión visual del fenómeno,

acercándonos así al modo en que los contemporáneos sintieron e imaginaron la plaga.



Imagen 2: Detalle.

Fuente: *El Mosquito*, n° 248, 20/10/1867.

El “terror” desatado por los peligros reales del brote epidémico habilitó distintas resonancias sobre la enfermedad. Aspecto del que daba cuenta el célebre periódico satírico *El Mosquito* en octubre de 1867, al imprimir un carácter visual a la mórbida amenaza, presentando al cólera como una parca (imagen 2). El agente exhibía un rostro cadavérico, en medio de una atmósfera general de incertidumbre, extrañamiento y sensaciones de vulnerabilidad.

La peste tenía entonces no solo un rostro, sino que también poseía origen geográfico o “regional”, siendo caracterizada como un fenómeno que “saliendo de las orillas del Ganges, atraviesa por todas las comarcas de la tierra y viene con furia” (*El inválido argentino*, N° 54, 05/01/1868). La idea de *viajero* remitía a su condición de tránsito y por tanto a la idea de circulación, mientras que la referencia geográfica al Ganges aludía a un espacio territorial preciso. Fue en aquella zona del subcontinente indio donde se había originado la epidemia en 1863, pasó a Europa a través del Mar Rojo y se trasladó luego a

América. Al propagarse por distintos puntos del globo, el cólera causó una amenazante mortalidad y afectó especialmente a los grupos carentes de condiciones sanitarias adecuadas (Lain Entralgo, 1978, p. 513), y representó un auténtico problema durante todo el siglo XIX. Se trataba de un viajero particular con un considerable itinerario, un auténtico trotamundos.

Cabe subrayar que tanto la idea de *parca* como la de *viajero* volverán a aparecer en el imaginario algunas décadas más tarde, cuando se caracterizó a Torcuato de Alvear como el “guapo intendente” que “afrontó” al nuevo enemigo, a quien “se atribuye, con muchísima razón, la gloria de haber vencido” al implacable “viajero del Ganjes” (*El Mosquito*, n° 1248, 5/12/1886) (imagen 3).

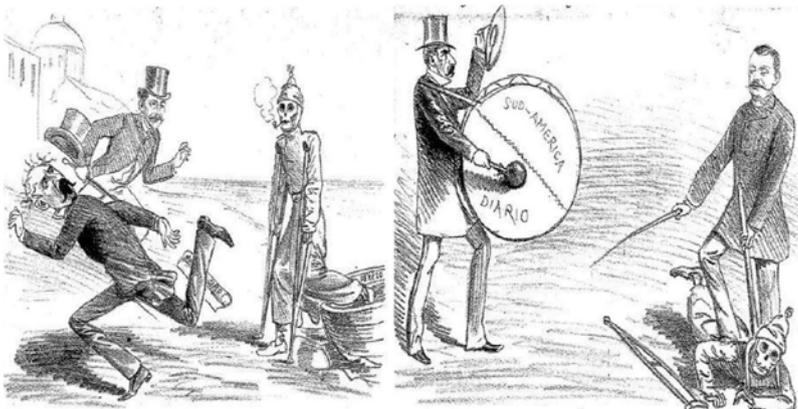


Imagen 3: Detalle.

Fuente: *El Mosquito*, n° 1248, 5/12/1886.

Personificado el cólera nuevamente con un rostro calaveril, un detalle de la imagen nos conecta con el trasfondo, ya que el singular pasajero descendía a tierra de un bote denominado *Perseo*. Tal referencia aludía al buque proveniente de Italia que llegó a Buenos Aires en octubre de 1886, denominado como el “barco maldito” y de “tan siniestra fama” por ser el vehículo desencadenante de la epidemia en cuestión (*El Mosquito*, n° 1255, 23/01/1887).

Una vez arribado al puerto, el *Perseo* habría “traído de la manera más traidora el cólera” en sus entrañas (*El Mosquito*, n° 1255, 23/1/1887). La situación había sido puesta de relieve en una portada previa de la publicación *El Mosquito*, donde se ofrecía una mirada más detallada del fenómeno en la que se mostraba al titular del Consejo de Higiene, Dr. José Ramos Mejía sorprendiendo en la cubierta del *Perseo* al cólera- parca. El galénico acometía al indeseable tripulante con un garrote cuya inscripción rezaba: “instrucciones contra el cólera” (imagen 4) con que procuraba expulsar al “impertinente visitante” (*El Mosquito*, n° 1246, 21/11/1886).



Imagen 4: Detalle.

Fuente: *El Mosquito*, n° 1246,21/11/1886.

Las asimilaciones entre enfermedad, parca y muerte no constituían solo una referencia prototípica, especialmente si consideramos no ya la dimensión literal sino simbólica de este tipo de imágenes. Tal aspecto nos lleva a penetrar en el sentir de una comunidad que durante aquellos años se enfrentaba a nuevas enfermedades que, como hemos mencionado, producían cambios físicos rápidos

y drásticos, tornándolas instancias profundamente “deshumanizantes” (Fiquepron, 2020, p. 55).

Las permutas visibles de esta condición de “deshumanización” producida por la enfermedad adquirirían distintas tonalidades en cada caso, inscriptas como instancias visibles de los cuerpos humanos afectados por el drama de la peste. Entre las formas diversas que podía adquirir se encontraba un alarmante patrón: la pérdida del estado natural del cuerpo y, en un plano más elemental e inmediato, de su habitual aspecto. Estas afectaciones no solo fueron puestas en evidencia de diversas maneras sino que penetraron más allá del ámbito de la salud, haciéndose evidente en otros momentos, como cuando el “pobre comercio” se hallaba enfermo de “pagaretitis” en 1876 (imagen 5). Sus repiques serán incluso más recurrentes durante la grave crisis económico-política de 1890.



Imagen 5: Detalle.
Fuente: *El Mosquito*, n° 695, 30/04/1876.

Estos pequeños trazos nos revelan algunos síntomas de cómo se representó el invisible cólera en el período abordado. Se trataba de una aventura inquietante en cuyos pormenores podemos percibir parte de la gestión que se hizo de la enfermedad y también de cómo la misma se posicionó en el imaginario visual. Independientemente de los sórdidos pormenores, estas amenazas irrumpían dentro de un clima de saberes que consideraba las explicaciones basadas en la teoría miasmática, el contagio atmosférico y las exhalaciones funestas, sobre lo que volveremos luego. Se insistía también en una dimensión abstracta como el temperamento, identificando a la calma de espíritu y el carácter templado como presuntos garantes para no ser presa de la enfermedad. No obstante y pese a tales recomendaciones, la población temía al flagelo.

El miedo como tal no resultaba un aspecto novedoso, pues tanto los individuos como las comunidades se encuentran desde tiempos inmemoriales “embarcadas en un diálogo permanente con el miedo” (Delumeau, 1978, p. 10). De hecho, en aquella sociedad porteña de mediados del siglo XIX, el temor estaba presente ya de múltiples maneras, algunas más directas y otras más sutiles (Masán, 2020). Lo que sí podemos atribuir como propiedad central de estas epidemias es que las mismas marcaban con los colores de la fatalidad la experiencia ciudadina de explosión urbana, tanto de sus sociabilidades como de sus intercambios, en una ciudad que crecía a un ritmo frenético y en donde la circulación cobraba cada vez mayor entidad, multiplicando los riesgos. Así ocurrió con la fiebre amarilla de 1871, la cual hizo que los habitantes se sumieran en el caos, primando el horror de la enfermedad (Scenna, 1974, pp. 356–358) y conmocionando a una ciudad que veía como la epidemia “golpeaba las puertas del vecindario aterrado” (*La Revista de Buenos Aires*, n° 93, 1871, p. 414). Lo particular de estas instancias perturbadoras fueron no solo sus mortíferas consecuencias, sino la manera en que inscribían a su alrededor un clima de pavor colectivo. Aspecto no menor pues el temor gregario, como nos recuerda Arlette Farge (2008) suele dar lugar “[...] a una gestualidad y a solidaridades nuevas que autorizan

a las comunidades de personas a imaginar prácticas novedosas para interponer entre las autoridades y ellas mismas”. De allí que pueda considerarse a las enfermedades de gran escala como “[...] una inspiración para nuevas economías de los cuerpos y nuevas maneras de soportar el conjunto de las penas más grandes” (Farge, 2008, p. 149). Dentro de estos eventos traumáticos, esa nueva gestión implicó no solo amenazas y temores sino también esperanzas. Como cualquier otra aventura quizás, estas instancias también contarían “héroes” que enfrentaban los problemas, aportaban confianza u ofrecían posibles soluciones. Algunas de esas nuevas formas se hallaron en lo que podríamos denominar como la contrapartida de los semblantes de la enfermedad: los “rostros de la curación” o los guardianes de la salud.

El panteón de los guardianes de la salud

El proceso de construcción iconográfica de un “panteón” de personalidades destacadas del ámbito local observa unos antecedentes directos precisamente el mismo año en que Buenos Aires se preparaba ante la amenaza desatada en Montevideo. Pues también en 1857 se publicó la *Galería de celebridades argentinas* –con dibujos de Narcisse Desmadryly litografiados en los talleres de Jules Pelvilain–, una colección que reunió las figuras destacadas de la historia como Belgrano, San Martín o Rivadavia mediante las plumas de Juan María Gutiérrez (director de la colección), Bartolomé Mitre y Domingo Sarmiento, entre otros. Algunos años después, el periódico literario ilustrado *Correo del domingo* –cuya dirección estaba en manos del exsecretario de Gobierno antes referido, José María Cantilo–, publicaba lo que podría considerarse una continuación conceptual de aquel *panteón* de celebridades, incluyendo numerosos retratos de figuras de la Buenos Aires de 1860 efectuados por Henry Meyer. Aquella galería contó con políticos, militares, visitantes y hombres de la cultura.

Precisamente con posterioridad al brote epidémico de 1871 esta galería se ampliaría con la incorporación al “panteón” de las figuras de individuos relevantes que influyeron significativamente en la gestión de aquella calamidad. Continuando con la tendencia marcada por el *Correo del domingo*, las páginas de *El plata ilustrado* –semanario destinado a la Literatura, las Artes, las Modas y las Ciencias– presentaron en primera plana los rostros de personalidades que, con su abnegada labor, habían contribuido a la sanidad comunitaria. Algunos de ellos se habían arrojado “con desprecio de su propia vida [...] a combatir el terrible mal que despoblaba las calles de esta ciudad” (*El plata ilustrado*, n° 3, 29/10/1871) como las víctimas de la epidemia José Roque Pérez –protagonista del cuadro de Blanes– y Adolfo Argerich –hermano de Manuel, el personaje que acompañaba a Pérez en la tela de Blanes–; mientras que otros como Eduardo Wilde, el médico y artista Ricardo Gutiérrez, el jefe de policía Eduardo O ‘Gorman, o el encargado de la Comisión Popular, Juan Carlos Gómez, habían desempeñado un servicio “abnegado” en aras de la salud, “aliviando los sufrimientos ajenos” y bregando, todos ellos, por el interés colectivo. (*El plata ilustrado*, n° 3, 29/10/1871; n° 18, 11/2/1872; n° 12, 31/12/1871; n° 8, 3/12/1871; n° 10, 17/12/1871; n° 14, 14/1/1872) (imagen 6).



Imagen 6: Portadas. Retratos varios.
Fuente: *El plata ilustrado*(1871–1872).

El dibujante de aquellos retratos era Henry Stein, por entonces también director de *El Mosquito*. Justamente esta publicación prolongará la propensión iconográfica durante 1886 y 1887, con la promoción de retratos de “todos aquellos abnegados higienistas” (*El Mosquito*, n° 1261, 6/3/1887) que habían enfrentado otro nuevo brote epidémico. Entre ellos estaban José Penna –director de la casa de aislamiento desde 1882–, Benjamin Dupont –cirujano del Ejército Argentino durante la Campaña del Desierto y uno de los impulsores de la cremación de cuerpos desde el Concejo Deliberante en la década de 1880–, Juan B. Gil, Eliseo Cantón, Doménico Grisógono de Bortolazzi, José María Ramos Mejía –fundador y primer presidente del Círculo Médico Argentino en 1875– o Benjamín Aráoz (*El Mosquito*, n° 1261, 6/3/1887; n° 1263, 20/3/1887; n° 1293, 16/10/1887; n° 1257, 6/2/1887 y n° 1250, 19/12/1886) (imagen 7).



Imagen 7: Portadas. Retratos varios.
Fuente: *El Mosquito*, (1886–1887).

Al destacar no solo el contenido iconográfico sino también el carácter de “editor” social que, como ha marcado Roman (2018: 41), *El Mosquito* ya poseía para entonces, en esta ocasión se expresaba desde la dirección del periódico que buscaban “honrar” en una “constela-

ción brillante” a muchos de quienes “con tanta abnegación como heroísmo (sic) fueron a luchar contra la epidemia pasada en las partes infestadas de la República” (*El Mosquito*, n° 1263, 20/03/1887). Se referían al brote de cólera ocurrido entre 1886–1887. Algunos de aquellos héroes como por ejemplo Cantón, había obtenido “una estadística brillante” durante el desarrollo de las epidemias, logrando salvar con su accionar numerosas vidas (*El Mosquito*, n° 1293, 16/10/1887).

Independientemente de las permanencias formales en que se presentaban estos nuevos “héroes” –con retratos en tapa acompañados de notas en el interior de la publicación–, lo que nos interesa retener aquí es la paulatina incorporación de los galénicos en la escena visual de celebridades. Ello implica que, pese a las querellas que habían suscitado el accionar de muchos médicos en algunos sectores de la población que desconfiaba de su capacidad para combatir las epidemias, para inicios de la década de 1870 las figuras de estos personajes comenzaron a entronizarse en la opinión pública como auténticos “guardianes de la salud”. Si bien no estaban del todo diferenciadas las funciones médicas y policiales, lo cierto es que representan una primera entrada que se intensificará con el tiempo.

Este aspecto resulta ir clarificándose con el correr de los años, al encontrarnos una década y media después con una batería de imágenes que muestran a profesionales mucho más definidos en su rol de médicos, individuos de peso público y hombres del conocimiento. En la galería presentada por *El Mosquito* de los años ochenta se observa a varios miembros de una nueva “comunidad epistemológica” en materia de medicina e higiene públicas, con perspectivas diferentes a la corporación médica que había sido instalada durante la década de 1850 (Souza, 2007, p. 142). Se trataba así de un cuerpo que, si bien no mostraba total uniformidad ni un papel demasiado relevante a mediados del siglo XIX, paulatinamente fue adquiriendo forma como una corporación de diplomados influyentes que terminaría institucionalizando muchos de sus conocimientos y prácticas como auténticos “saberes de estado” hacia finales del siglo XIX (González Leandri, 2012, p. 128). Para entonces, muchos de los individuos perte-

necientes a estos grupos lograrían consolidarse como una suerte de *mainstream* sanitario-cultural, o lo que González Leandri (2006) denominó con mayor precisión como “*intelligentzia* médico-profesional”. Contribuyó notoriamente para ello no solo la actuación efectiva de muchos de los facultativos durante las epidemias sino también sus vinculaciones políticas y la incorporación de sus figuras al imaginario visual local, fenómeno apuntalado a su vez por la creación de agencias públicas especiales como el Departamento Nacional de Higiene en 1880 o la Asistencia Pública de Buenos Aires en 1883.

Debe tenerse en cuenta que este “higienismo” significó también un modo de dar soluciones de hábitat, vivienda, entorno y salud comunitarios de parte de un Estado en pleno proceso de afianzamiento (Paiva, 2000, p. 6). Conviene subrayar en este sentido que muchas de estas figuras de médicos y policías emplearon durante los episodios traumáticos no solo una batería de conocimientos específicos sobre el tratamiento de enfermedades, sino también algunas prácticas paliativas que, con el correr de los años, fueron institucionalizadas como una forma efectiva de descentralizar las gestiones de las epidemias (Fiquepron, 2017).

Regresando al “panteón” y pese a sus diferencias, el talante de *El Mosquito* se encuentra dentro del mismo umbral axiológico que *El plata ilustrado* al destacar a los “valientes soldados de la ciencia” (*El Mosquito*, n° 1257, 06/02/1887) que como héroes emergían en instancias sociales apremiantes. Honrar a quienes “combatieron” el “funesto flagelo” de la fiebre amarilla de 1871 y a aquellos que pusieron a disposición su “inagotable caridad para los desvalidos y los menesterosos” (*El Mosquito*, n° 1261, 6/3/1887), era el motivo principal de incorporación de estas personalidades, tanto en una como en otra publicación. Ambas instancias significaron un parteaguas conmovedor en la comunidad, aunque en 1887, a diferencia de 1871, los guardianes de la salud “siguieron un itinerario inducido, en buena medida, por los avances científicos, el afianzamiento de los médicos como cuerpo y el nuevo ordenamiento estatal” (González Leandri, 2006, p. 56). El nuevo lugar que ocupaban estos “héroes” en el pan-

teón se reflejaba también en sus destacados retratos, más centrales y relevantes que en instancias precedentes.

Observado desde este punto, el recorrido sugiere una ascendente curva de identificación y reconocimiento de los profesionales médicos como “guardianes de la salud”. Se trata de un fenómeno de incorporación visual que, como examina Silvana A. Gómez en otro capítulo de este libro, adquirirá mayor cotización durante las primeras décadas del siglo xx. Para entonces se “democratizará” la imagen médica incorporando otras tonalidades, presentando no solo a reconocidos profesionales de la medicina sino también a residentes y mujeres que se desempeñaban como enfermeras, proceso este último analizado por Karina Ramacciotti y Daniela Testa en otro capítulo de esta obra. Llegados a este punto, consideramos que es posible advertir durante la segunda mitad del siglo xix los orígenes del posicionamiento de estos agentes que, con funciones más o menos específicas y con epistemologías relativamente uniformes, orientaban las sensibilidades del cuerpo social, al ser las epidemias instancias excepcionales en las cuales sus figuras adquirirían mayor relieve.

No debe entenderse esta progresiva incorporación de imágenes de médicos como un desarrollo lineal, uniforme o enteramente planificado, sino como huellas de una sensibilidad que lentamente estaba siendo transformada, identificando a ciertos individuos y profesiones como portavoces de un saber que pretendía imprimir una dirección. Debe subrayarse asimismo que, si bien estas figuras ocupaban las principales páginas de las publicaciones ilustradas durante los momentos traumáticos, también generaban resistencias hacia el interior de la comunidad. Como ha marcado Galeano (2009), estos personajes cumplieron un papel destacado en la dirección de las catástrofes, pero aun así eran frecuentemente depositarios de críticas por parte de los habitantes de una ciudad que se sentía amenazada por enemigos invisibles. *Ergo*, las epidemias y sobre todo los momentos posteriores a las mismas resultaban instancias excepcionales en las cuales estos perfiles adquirirían mayor jerarquía, tanto por su

necesidad social como por la importancia de ser apuntalados en el seno de la opinión pública.

Considerando lo referido por Corradi en 1867 junto al itinerario expuesto hasta aquí, la temperatura en estos escenarios evidencia una mezcla de incertidumbre y temor, combo que funcionaría como un caldo de cultivo tanto para el recelo como para su contrapartida, la confianza en las bondades de ciertas profesiones o productos. Dicho aspecto nos permite detenernos en la progresiva incorporación de distintos artículos, que, al calor de las nuevas inquietudes sanitarias, encontraban un fértil terreno para expandirse.

Miedos, remedios y oportunidades

Si hasta aquí hemos observado las representaciones del tándem enfermedad–salud a través de los rostros, conviene ahondar en la forma en la que se negociaron los sentidos respecto de una pauta tan brumosa como vital en aquel horizonte. Nos referimos a la amplia concepción de “salud” y sus sentidos derivados, auscultadas mediante algunas de sus utilidades. Nos detendremos en ciertas modalidades por las cuales se promocionó el arte de curar, con una progresiva incorporación de estrategias de comercialización de medicinas, algunas de ellas muy solicitadas en un contexto activado por las sucesivas epidemias.

Entendidos aquí en una concepción amplia como el medio para evitar o reparar un daño, el conglomerado de los remedios respondía a un horizonte sumamente amplio, en parte atizado por las dilatadas pautas de conocimiento sobre los cuales descansaban las posibilidades de curación. En un marco cultural general que ponderaba el “deseo de variedades” (Goldgel, 2010 y 2012), los productos curativos no serían la excepción y se configurarían sobre la dilatada base del pluralismo. Las epidemias por su parte, representaron ocasiones propicias en las cuales impulsar, estimular y/o promocionar distintos preparados –naturales o artificiales– con los cuales se prometía

producir cambios favorables en la salud de las personas. El campo era tan vasto que incluso si quisiéramos esforzarnos por ofrecer un panorama acabado de este universo, no deberíamos atender únicamente a los productos sino a un contexto amplio en el cual muchas de las soluciones se mezclaban con noticias médicas, informaciones exóticas, novedades foráneas, métodos curativos alternativos y desde luego, “un conjunto heterogéneo de teorías sobre el contagio y difusión de las epidemias” (Fiquepron, 2020, p. 62). En este contexto nos preguntamos, ¿de qué modo se proponían algunos de los paliativos a las enfermedades durante esta época?

Cabe remarcar que ya en la *Instrucciones* de 1857 se aludía al “blanqueamiento” como medida preventiva de focos infecciosos, estipulando que el mismo debía ser realizado con un producto en especial como la cal, por ser “un poderoso desinfectante” (*Memoria municipal*, 1858: 68). Se instaba también al empleo regular de fumigaciones con cloruro de Labarraque y no con vinagre o alcanfor como era costumbre por aquel entonces. Pero con el advenimiento del cólera en 1867 es posible apreciar una intensificación de las sugerencias profilácticas, preventivas y medicinales en el ámbito de la prensa. Tal fue el caso del viajero y médico irlandés Thomas Hutchinson quien en 1867 se “permitía” recomendar contra el cólera “[...] la demostración de estimulantes exteriores, tales como una cataplasma de aguas aplicadas al estómago, junto con buen abrigo para el cuerpo y pequeñas dosis de cognac y amoníaco” (*El inválido argentino*, n° 16, 14/04/1867). Aunque adjudicaba propiedades beneficiosas a la pócima, igualmente sentenciaba que “Estos son remedios inmediatos y provisionales mientras venga el médico que debe llamarse sin demora” (*El inválido argentino*, n° 16, 14/04/1867).

La sugerencia de Hutchinson nos ofrece una puerta de entrada que permite imaginar los límites brumosos sobre los cuales se asentaba el *corpus* de saberes medicinales, no estando del todo definidos los perfiles de su campo específico, sus alcances o “autoridades”. En buena medida esto era producto del polimorfismo reinante, ya que distintos actores operaban de manera simultánea en el campo del

arte de curar. Lejos de estar consolidado, el saber académico encontraba rivalidades tanto en la práctica arraigada de los curanderos como así también en la corporación químico-farmacéutica, la cual gozaba de raigambre y reputación en el seno de la comunidad (González Leandri, 2012, p. 126). A ello debemos sumarle el vastísimo y abstracto conjunto de expresiones que representaba la “medicina popular” –catalogada así por el cuerpo academicista– y que incluía un amplio espectro de procedimientos “alternativos” de curación: entre ellos distintos fabricantes, comerciantes y expendedores de diversa clases de remedios, herboristas, homeópatas, vendedores ambulantes, manosantas, matronas, parteras, adivinos, *charlatanes* e impostores, de distintas capacidades e intensidades (Fiquepron, 2020; Armus, 2007 y 2002; Podgorny, 2012; Di Liscia, 2003; González Leandri, 1999, entre otros).

El ecosistema de la curación se mostraba así tan impreciso como la abigarrada oferta de productos y la base cognoscitiva sobre la cual esta se asentaba. El espectro de posibilidades a su vez, se multiplicaba en tiempos de epidemias, al surgir mercancías que prometían acometer a un también indeterminado conjunto de padecimientos. Así era posible hallar fortificantes, tónicos, ungüentos, píldoras, jarabes, licores, aceites, aguas minerales, bálsamos, extractos y preparados naturales de diversas procedencias, entre los más solicitados. Veamos más de cerca algunos de estos ejemplos para sumergirnos en aquel escenario, tan complejo en sus perfiles como las incertidumbres y temores de sus eventuales consumidores.

Uno de los espacios desde los cuales se promovían las medicaciones era el campo químico-farmacéutico. Cada establecimiento ofrecía sus productos con distintas estrategias, entre ellas las “notables especialidades farmacéuticas” de la botica y droguería de Antonio Demarchi, contando con la particularidad de ser “preparadas al vapor y en el vacío” (Barrabás, 1868, p. 21). También tenía sus preparados exclusivos la *Antigua Botica* de Labrue y Banon, quienes se jactaban de ser el primer “depósito general de todas las aguas minerales”, publicitando el aceite de hígado de bacalao de Hogg como

Este producto se ofrecía ya a finales de la década de 1850 como una opción entre “la vida o la muerte” ya que se trataba de un “remedio infalible” en casos tan diversos como “escrófula, cáncer, reumatismo, enfermedades del hígado, dispepsia, debilidad general, calentura biliosa remitente, enfermedades mercuriales, úlcera y erupciones que resultan del estado impuro de la sangre” (*La Paz*, n° 9, 29/11/1859). Algunas variedades fueron realmente muy solicitadas, como el caso de la Zarparrilla Bristol, que se había ganado una “sólida reputación” en el mercado, al punto tal de advertir enfáticamente a la comunidad en 1872 que los enfermos y dolientes “NO JUEGUEN CON SU SALUD” (*El mercantil*, n° 4, 3/2/1872), recomendando su producto como un remedio eficaz para curarlos más diversos padecimientos. Análoga estrategia empleaba la variedad del Doctor Radway, que aseguraba proveer “Salud, belleza, vigor, riqueza y pureza de la sangre” para “todos”, así como también un “cutis bello y vigoroso” para quienes la emplearan (*El mercantil*, n° 4, 3/2/1872)⁹.

Mientras ciertos productos optaron por el eclecticismo en sus fundamentos, granjeándose la facultad de curar todo tipo de males y alteraciones, otros en cambio emplearon la “etiqueta” científica, el sello de autenticidad o la calidad que un nombre les proporcionaba. Podemos diferenciar así de manera esquemática dos universos, donde las primeras constituían remedios que se presentaban solventados por distintos mecanismos, aunque exentos de una legitimidad explícitamente fundada en criterios científicas, algo que si ocurrirá algunos años después cuando el discurso medicalizante

⁹ La zarparrilla en general y la de Radway en especial fue un tipo de producto muy solicitado en América Latina, hallando sus anuncios de en distintas publicaciones de Uruguay, Chile, Colombia y Ecuador a finales del siglo XIX. Su permanencia en Argentina atravesó buena parte del siglo XIX e incluso a inicios del siglo XX podía verse su promoción en empresas editoriales de gran tirada como Caras y Caretas. Parte de su éxito se debió a que se trataba de “la medicina más barata” y prometía un “pronto alivio” con una botella, la cual “aliviara mas dolores y prevendrá el organismo contra el ataque repentino de las enfermedades epidémicas y contagiosas que cien pesos fuertes empleados en cualquier otro remedio o agentes medicinales” (*El mercantil*, n° 4, 3/2/1872).

horas, que no hubiese sido posible conseguir con procedimientos ordinarios durante el término de seis meses” (*El Mosquito*, n° 626, 3/1/1875). Pero si comparamos los percances de estas “famosas e incomparables píldoras” con los avatares experimentados por la gran estrella del momento como la Hesperidinade Samuel Bagley es posible reparar que ambos productos eran víctimas de falsificaciones y ensayaban estrategias publicitarias similares, lo cual nos aporta indicios respecto de su volumen de aceptación en la comunidad. Al igual que el ya asentado Bagley, Holloway a la distancia denunciaba las corrupciones en manos de los falsificadores; pero a diferencia de aquel, su publicidad era menos llamativa y la acusación apuntaba no solo a un cariz de ética comercial sino principalmente sanitario, por ser especialmente peligrosas y “nocivas” esas “falsificaciones” para la salud de las personas. Se trataba de un asunto con graves resonancias.

Concebidos como “la maravilla de los tiempos modernos” y ofrecidos de modo recurrente, los productos de Holloway no fueron los únicos que apelaban a cierto rigor científico para promocionarse. Tanto durante como después de los distintos brotes epidémicos, otras medicinas emplearon una fórmula similar para situarse como portadores de una eficacia mayor respecto de sus competidores. Así ocurría por ejemplo con el Eucaliptol, un licor hecho a base de esencia de eucaliptus que se ofrecía como un “tónico–aperitivo, higiénico y digestivo”, basando su eficacia en haber sido oportunamente “analizado por la oficina química municipal” (*El Mosquito*, n° 1198, 20/12/1885).

No podemos finalizar este breve recorrido sin antes apuntar otra clase de ejemplos que abordan el fenómeno, tal vez lateralmente, pero que nos permiten apreciar la fuerte penetración de las preocupaciones sobre la salud en el seno de la comunidad. Nos referimos a bebidas de distinta clase que exaltaban sus distintivos sabores y las presuntas propiedades curativas que poseían como parte de sus bondades. Así era el caso de la mencionada Hesperidina, un biter creado en la década de 1860 que prontamente se convirtió en un rutilante

éxito de ventas y que catapultó a su creador, Samuel Bagley como un comerciante sumamente exitoso. La Hesperidina se promocionaba con autoridad como “el licor de moda más preferido en toda la República, administrado por sus propiedades tan benéficas en los hospitales del ejército aliado contra el Paraguay” (Barrabás, 1868: 217). Este brebaje no era el único que emplearía el recurso, ya que dentro de las distintas bebidas alcohólicas que se granjeaban propiedades similares estaban las cervezas que prometían beneficios para la salud, como el Extracto de malta francés de Dèjardin, publicitado como una “cerveza tónica, digestiva, estimulante, nutritiva y reparadora” (*El Mosquito*, n° 1345,13/7/1890).

Otro ejemplo notable es el del licor “higiénico” Pippermint, hecho a base de menta sazónada y que, siendo una bebida “energizante y eminentemente digestiva” resultaba “el licor de moda en el MUNDO ELEGANTE” (imagen 10).



Imagen 10: Licor Pippermint, 1880.

El elixir no solo incorporaba el adjetivo de “higiénico” en su denominación, sino que también recurría a un tipo de publicidad que combinaba elementos visuales y textuales como ya lo hacía la Hesperidina. Además, subrayaba enfáticamente un criterio de autori-

dad científicista remarcando que “Resulta de todos los testimonios de las autoridades médicas, que este licor previene y disipa todas las enfermedades nerviosas del estómago y las que tienen su origen en esa parte del cuerpo” (*El Mosquito*, n° 931, 7/11/1880).

A este ecléctico panorama de productos con propiedades curativas, debemos sumarle un proceso que comenzó a intensificarse en la segunda mitad de la década de 1860 y que para los años ochenta vincularía a diversos profesionales. Aludimos a la proliferación de avisos de distintos médicos que, provenientes muchos de ellos de otras latitudes, se asentaban en Buenos Aires, promocionaban sus actividades y prometían combatir distintos tipos de enfermedades. Estas iban desde la clásica extracción de piezas dentales sin dolor –fuertemente impulsada ya en la década de 1850–, hasta las enfermedades venéreas, pasando por lavados de estómago, tos convulsa, asma y afecciones de distinto tipo como la vista, el pecho, el oído, la nariz o de la piel, entre otros (*El Mosquito*, n° 1028, 17/09/1882; n° 1049, 11/02/1883; n° 1252, 2/1/1887; n° 1254, 16/1/1887; n° 1162, 12/04/1885, entre otros). Algunos de los especialistas eran los doctores Cimone, Lesbini, Bortolazzi, Rehl, Coquiel, Small o Real, entre otros (imagen 11).



Imagen 11: Publicidades de médicos, 1870–1889.

Lo que este recorrido sugiere es que durante la segunda mitad del siglo XIX existían distintas soluciones a los problemas vinculados a la salud, también estos diversificados. En un sentido, estas publicidades dan cuenta de una creciente solicitud de parte de la población y una ampliación del nicho de consumidores de esta clase de manufacturas. Por otra parte, revelan la paulatina incorporación de técnicas más sofisticadas tanto en la elaboración como en la publicitación de estos bienes, atendiendo a un mercado que iba consolidando y complejizándose. Una competencia que, hacia finales de siglo XIX e inicios del siglo XX, hará que se refinen las técnicas publicitarias, en parte gracias a la instalación de agencias destinadas a tales fines, pero fundamentalmente debido a la consolidación de un paradigma medicalizante en el seno de la sociedad.

También es posible advertir que, aunque existían variedad de formatos para afrontar o prometer soluciones, y pese a no contar aún con una estructura higienista de gran magnitud, la propagación de ciertos principios como el cuidado de la salud ya estaban presentes en las sensibilidades, cobrando especial ímpetu en los tiempos posteriores a los diversos brotes epidémicos. Esta nueva sensibilidad valoraba el cuerpo desde otras latitudes, no ya vinculado a la imposición o esfuerzo físicos sino a la conservación del estado saludable del mismo. Esto explicaría la creciente circulación de una amplia gama de productos que permitieran mantener en forma al vehículo indispensable del bienestar y la fortaleza. Este discurso de la salud penetraba poco a poco también en una dimensión individual o doméstica, y hace posible detectar un énfasis en la auto-prevención, aspecto que nos revela no solo un contrapeso de la figura diplomada del médico –la cual a su vez crecía en importancia–, sino también la necesidad moderna de reparar, restablecer o reiniciar el cuerpo físico, atacando las dolencias y diversos padecimientos. En tiempos de modernidades resultaba perentorio batallar contra la naturaleza y desde luego, reconstruir el propio organismo. Quizás esta haya sido una forma sutil de recomponer en parte aquello que las epidemias destruían.

Los productos, sus presentaciones y su circulación definen así un vasto conjunto de preocupaciones que, a modo de “higiene defensiva” (Armus, 2007, p. 271), delimitaba un amplio margen de acción para bregar por el bienestar individual y proteger, parabólicamente, la salud colectiva. Efectuemos pues una mirada más general para observar algunos de los principios sobre los cuales descansaban estos preceptos subyacentes.

Miasmas, circulaciones y limpieza

El abigarrado ecosistema expuesto hasta aquí tuvo lugar en un ambiente cognoscitivo previo al triunfo de los “cazadores de microbios” (De Kruif, 1978) que, como Pasteur o Koch, demostrarían hacia finales del siglo XIX que muchas de estas enfermedades se producían a partir de microorganismos. Alejados aún de tales comprobaciones, durante nuestro período el tenor etiológico dominante se hallaba, como hemos mencionado, dentro de un campo de saber muy vasto y heterogéneo, dominado por el enfoque miasmático (Laín, 1978, pp. 460–510). Los postulados de esta teoría surgida en el siglo XVII y consolidada en el siglo siguiente (Corbin, 1987) explicaban las enfermedades a partir de una combinación de factores que incluían la existencia de “focos” insalubres y la corrupción de elementos como el agua, el aire, la atmósfera. Considerando a los miasmas como efluvios malignos, las enfermedades “podían emanar de cuerpos enfermos, cadáveres, aguas estancadas o basurales” (Galeano, 2009: 110) y de allí la tenaz condena de ciertos sectores de la población al depósito de desechos, el estancamiento, la falta de circulación y/o de ventilación como potenciales agentes sépticos. Esta batería de saberes disponibles condujo en 1871 al entonces presidente de la Nación, Nicolás Avellaneda, a señalar en su artículo sobre “higiene pública” que: “El aire puro, el agua limpia y el suelo sin impregnaciones, constituyen una barrera que la infección no puede salvar” (*La Nación*, 20/2/1871).

El buen estado de los elementos colaboraba para una gestión de los sistemas de defensa en medio de una ciudad que crecía a un ritmo frenético, pasando de 90 000 habitantes en 1855 a 450 000 en 1887. La corrupción, sumada al temor del individuo de ser atacado por una enfermedad y la inestabilidad que esta provocaba, establecían los vectores principales en la propagación de los temidos agentes. Bajo estas premisas sanitarias la sociedad configuró distintas formas de vigilancia higiénica para afrontar los momentos de zozobra que, como las epidemias, conspiraban contra la buena salud. Como muestra de estas preocupaciones nos detendremos en los sentidos de la higiene personal y colectiva a través de un promotor esencial: el agua.

Aquel recorrido iniciado en 1857, cuando se promulgaron ordenanzas prescribiendo la limpieza privada, encontró en los años siguientes una intensificación que nos permite realizar una trazabilidad de estos nuevos estatutos higiénicos, estimulados desde distintos sectores. Una marca visual de este creciente posicionamiento puede encontrarse en el ámbito de la pintura con obras como *Lavanderas del bajo Belgrano*, *Bañistas del río Luján* o *El Baño* de Prilidiano Pueyrredón (imagen 12).





Imagen 12: Prilidiano Pueyrredón – *Lavanderas del Bajo Belgrano*, *Bañistas del Río Luján* y *El Baño* (1860–1865).

Elaborados entre 1860 y 1865, estos lienzos aluden de forma directa a situaciones de limpieza, con aguas que lavan y aclaran (Corbin, 2018), realizadas por un pintor que resultó un agente cultural

clave en las primeras reconfiguraciones urbanísticas de la ciudad a mediados del siglo XIX, estuvo fuertemente vinculado a los nuevos estatutos sanitarios y proyectó numerosas obras de desagüe, y diseñó espacios públicos o de circulación de las aguas (Masán, 2020 b). El ejemplo de Pueyrredón nos sugiere que la sensibilidad vinculada a la higiene asumió tanto cotas sociales como una orientación individual y subjetiva, pues se propendía a una limpieza tanto externa como también interna.

Las evocaciones al baño de estas pinturas no resultan anecdóticas ni casuales, ya que se trataba de un recurso que paulatinamente se jerarquizaría como instancia necesaria para la salud. Así se sugería en el *Correo del domingo* durante 1865, instando a los lectores a tomar completos “baños de agua fría” como un mecanismo tanto de limpieza como de atemperación de las pasiones. Las razones descansaban en que este tipo de depuración obraba “como un poderoso preservativo de la salud contra muchas enfermedades, y aun contribuye en gran manera al constante despejo y buena disposición de nuestras facultades intelectuales” (*Correo del domingo*, n° 98, 12/11/1865). El procedimiento recomendado consistía en la ablución de todo el cuerpo y se vinculaba simbólicamente con la libertad y la circulación, procurando que “(...) los delicados poros de la piel sacudan las porciones solidas con que los cubre la continua transpiración y puedan ejercer libremente sus funciones” (*Correo del domingo*, n° 98, 12/11/1865). Los sentidos y funcionalidades del baño se establecían de esta manera en una órbita que nucleaba factores emocionales, físicos, morales, funcionales e intelectuales. Se insistía también en recomendar esta modalidad inmersiva por sobre la antigua práctica de recorrer el cuerpo con paños húmedos, por entonces muy extendida en la higiene personal.

Es posible considerar que tanto las pinturas de Pueyrredón como la nota del *Correo del domingo* se inscriben en un contexto en el cual se discutían los sentidos del agua dentro de la comunidad, diseñando también las formas apropiadas por la que esta debía circular o promoverse. Así lo expresaba el proyecto de “provisión de agua abun-

dante” efectuado por el irlandés Juan Coghlan (Coghlan, 1859, p. 12), que luego continuó el inglés John Bateman en los años setenta. La conclusión de la planta potabilizadora de agua de Recoleta en 1869 y la creación de la administración de aguas corrientes al año siguiente (Veronelli, 2004, p. 159) permitirían no solo una mayor circulación del vital elemento sino también proyectar estas “necesidades” sanitarias vinculadas al baño hacia otro nivel.

Para 1877 el Dr. Solá escribía en los *Anales de la Sociedad Científica Argentina* una “reseña histórica de los baños” en el que efectuaba un repaso por esta práctica a través de distintas culturas, y señalaba que uno de “los cuidados higiénicos” que “ocupaba un lugar preferente entre los pueblos de la antigüedad” era precisamente “el de las abluciones y los baños” (*Anales de la Sociedad Científica Argentina*, 1877, p. 138). Aunque lamentaba que este método hubiera caído en el olvido, se mostraba esperanzado con la irrupción de estos en la escena local durante el último tiempo, pues precisamente con posterioridad a los estragos causados por la fiebre amarilla de 1871 y las modificaciones citadas en materia de infraestructura, el tenor de la vigilancia higiénica colectiva se vio severamente intensificado y fueron los baños agentes privilegiados de ello.

La nueva atmósfera posibilitó encontrar mayores solicitudes de los momentos de aseo, como es posible apreciar con la proliferación de baños públicos o establecimientos que ofrecían diferentes tipos de lavados. Uno de ellos estaba ubicado en la calle Artes 180, donde se proponían baños “higiénicos, medicinales de todas las clases”, entre ellos los fríos, de lluvia, de ducha, tibios, de cola, de afrecho, alcalinos o de malvas. También ofrecían diversas modalidades que iban desde los baños rusos a vapor a los sulfurosos, pasando por los mercuriales, ferruginosos, de asiento, de mar artificiales o de almidón, entre otros (*El Mosquito*, n° 735, 04/02/1877).

No solo se proponían experiencias de aseo de distintos tipos sino que también se ofrecían diferentes variantes estacionales, remarcando que en invierno “hay una estufa que comunica calor a varios cuartos de baños, para que los concurrentes no sufran con el frío”

y desde luego que “la ropa de baño también se entrega caliente” (*El Mosquito*, Año xv, N° 789, 17/02/1878). Otra posibilidad era optar por el Instituto Médico Hidroterápico, donde se podía hallar baños turco-romanos y minerales, así como masajes y electricidad (*EM*, Año xxv, N° 1314, 11/03/1888). En un ambiente de marcada competencia, la casa amueblada L'Universelle invitaba a sus clientes ofreciendo “8\$ lo que en las demás casas de baños cuesta 20” (*EM*, Año xviii, N° 937, 10/12/1880) (imagen 13).



Imagen 13: Publicidad L'Universelle.
Fuente: *El Mosquito*, n° 880, 16/11/1879.

Estos servicios encontraban un fundamento higiénico, moral y de confort que se explicaba con bastante claridad en 1879 en *El Mosquito*, al publicitar el flamante Gimnasio de la calle Florida. Por entonces se evaluaba que efectivamente “Las casas de baño se han multiplicado con la civilización y el progreso, y mas que todo por las aguas corrientes” (*El Mosquito*, n° 880, 16/11/1879). Celebrando la instalación de estos espacios, recomendaban expresamente la “seguridad” higiénica de los mismos, debido a que no hay peligro “de que en la misma agua en que D. Zutano se dio su baño mensual, se bañe Don Mengano. Eso que antes hacia odioso los baños públicos, no puede suceder” (*El Mosquito*, n° 880, 16/11/1879). Por ello concluían

que “Hoy debe toda persona que guste de la higiene, de la frescura, y del buen vivir, tomar diariamente su baño frío, tibio, de vapor o de lluvia en el grande y elegante Gimnasio de la calle Florida num. 193” (*El Mosquito*, n° 880, 16/11/1879).

Reflexiones de esta naturaleza, así como las publicidades, menciones y referencias, se multiplicaban año tras año, para dar cuenta de un ambiente que valoraba cada vez más positivamente la higiene y el aseo como parte del “buen vivir”. Lejos de resultar una materia superficial, los baños se insertan como huellas de una nueva pauta de escrúpulos cuyo fundamento era en buena medida, aunque no en su totalidad, acreedor de las enfermedades. De allí la furtiva advertencia lanzada al público en 1879 al sugerir que “es mejor conservar la salud por medio del baño higiénico, que tratar de restaurarla por medio del baño medicinal” (*El Mosquito*, N° 880, 16/11/1879). Vistos en conjunto, estos sitios también poseían un fundamento social, al ofrecer no solo un momento de relajación, purificación y limpieza sino también un espacio de sociabilidad diverso que en muchos casos incluía gabinetes de lectura, juegos de mesa, servicios de lunch y bebidas –café, vinos, cervezas y refrescos– “expendedidos en el salón y en un gran patio en cuyo fondo hay una inmensa cascada que recrea la vista y refresca el aire” (*El Mosquito*, N° 840, 09/02/1879). El punto de estos establecimientos resultaba nítido: se brindaba limpieza y comodidad por un precio “accesible”. En un plano subyacente, se ofrecía en las condiciones de existencia de las personas y una mejora en la salud, vinculando entre sí exclusivamente a los sanos, puesto que muchos de estos lugares enfatizaban que “no se admiten enfermos en los baños” (*El Mosquito*, n° 836, 12/01/1879).

La limpieza mostraba así en un plano individual y social su carácter central dentro de la nueva pauta de escrúpulos. Desde luego que esta inscripción no implicaba únicamente una gestión de las aguas que lavan o de los “focos inmundos” (*Revista del Río de La Plata*, n° 2, 1871: 331), sino de todo un conglomerado de materiales, situaciones y acciones que debían ser reconsideradas. Una de ellas, por ejemplo, fue la gestión de los cadáveres, para cuya tarea el “competentísimo”

químico alemán Georg Hermann Quincke –quien estaba de paso por Buenos Aires en 1871– recomendó las bondades de “los efectos de la combustión para la purificación de la tierra” (*Revista del Rio de la Plata*, 1871, p. 338). Estaba claro que la modelación de este nuevo paradigma sociocultural se hacía presente de manera multiforme y sobre diversas amenazas.

Regresando a lo expuesto anteriormente, uno de los personajes del panteón médico, José Antonio Wilde, ofrecía en su relato sobre Buenos Aires de 1881 un señalamiento en torno al principal agente de insalubridad como los famosos “pantanos”, responsables urgentes del estancamiento, la pestilencia y la fetidez. Catalogándolos como “depósitos de inmundicias” y “verdaderos focos de infección”, estos sitios “producían, particularmente en verano, un olor insoportable, y atraían a millares de moscas que invadían a todas horas las casas inmediatas” (Wilde, 1881, p. 12). El facultativo agregaba que “Muchas veces se veían en los pantanos animales muertos, aun en nuestras calles más centrales, aumentando la corrupción” (Wilde, 1881, p. 12), lamentándose de que aún no se habían podido librar de su existencia. La citada condena nos ayuda a comprender por qué algunos años después, en su estudio topográfico de la Capital para el censo de 1887, el funcionario y estadígrafo Alberto Martínez ponderaba a los espacios “aereatorios” como solución urgente de muchos de estos males. Considerados “órganos respiratorios”, las plazas, parques y jardines resultaban “no solo favorables al bienestar y recreo de las poblaciones, sino indispensables para una buena higiene urbana” (*Censo de Buenos Aires*, 1889:109). Esto nos conecta con otro de los aspectos que serían intensamente cotizados por la nueva sensibilidad: la gestión del aire.

Durante la epidemia de 1871, Vicente Fidel López expresaba con tono irritado que “El desaseo y el fango inmundo sobre que habitamos, se encargan de repartir y de localizar esos gérmenes: vergüenza ignominiosa para un pueblo que se llama BUENOS AIRES” (*Revista del Río de La Plata*, N° 1, 1871, p. 187). Luego de las funestas consecuencias ocasionadas por aquel brote, la estrategia sanitaria que se

desplegó tuvo como uno de sus fundamentos el de purificar el aire y favorecer las ventilaciones, así como desodorizar el ambiente. Esta metodología bien puede ser entendida en los términos de Alain Corbin (1987), como un modo de llevar adelante un proyecto utópico en el cual se persiguió el “silencio olfativo” que permitía desarmar el miasma, refutando los tiempos orgánicos del hedor y la podredumbre (p. 105). En este sentido la voluntad de detener las impregnaciones, mitigar las filtraciones, taponar los espacios inundables, revestir los muros o favorecer la limpieza generalizada operaban como un conducto por el cual se permitía asegurar la regularidad de la naturaleza y la circulación de la salud, favoreciendo con su desarrollo la vida en comunidad. Expresaban en el fondo ambiciones de tránsito netamente modernas.

Las ansias de circulación adquieren mayor relieve si nos detenemos en las inquietudes sobre las ventilaciones, medidas que serían observadas muy de cerca en distintas proyecciones, como por ejemplo en la edificación del flamante Hospital Francés, inaugurado en mayo de 1887. *El Mosquito* ofrecía a sus lectores una vista de aquel “magnífico Hospital” (imagen 14) que destacaba por la “excelente aplicación de los preceptos de aseo e higiene que ofrece a sus enfermos” (*El Mosquito*, n° 1272, 22/5/1887).



Imagen 14: Hospital francés.
Fuente: *El Mosquito*, n° 1272, 22/05/1887.

Oportunamente se incluía sobre el margen izquierdo –en consonancia con la incorporación de rostros célebres en las galerías de portada– un retrato del profesor de Matemáticas Jorge Cadres, presidente de la Comisión de construcción del citado nosocomio, quien resultó nodal para la supervisión de la labor, habiendo estudiado minuciosamente “todas las obras especiales escritas sobre edificación, higiene, aereación, cañerías, etc, etc” (*El Mosquito*, n° 1272, 22/5/1887). La limpieza capturaba múltiples relaciones en una ciudad que se redibujaba pendulante entre el “progreso” por un lado y cierta ausencia de planificación por el otro. En este contexto, las solicitudes sanitarias no se agotaban al plano académico o de las medicinas sino que penetraban en muchos otros espacios, desde el urbanístico al comercial, pasando por la gestión inmobiliaria, la concreción de obras públicas, el trazado de calles o el tratamiento de los residuos, entre tantos otros.

Si alejamos la lupa y miramos de manera general estos procesos de carácter diverso, es posible observar que el basamento gnoseológico desde el cual se tomaron muchas de las medidas sanitarias durante las epidemias procuró alejar, reducir o mitigar los efectos de sitios, condiciones, prácticas o situaciones que corrompían la salud. Como soporte filosófico de este caudal de saberes existía un elogio de la circulación que se veía detenida, impedida o demorada por la pestilencia y la fetidez. De allí que se velara por la buena condición del entorno, las exudaciones y el aire compartido, en cuyo amparo la vigilancia sanitaria, el énfasis preventivo y la afirmación del rol social de los médicos, junto a la promoción general de la higiene, la gestión de las ventilaciones y la marcada estimulación de la circulación, pueden ser entendidas como distintas aristas de un mismo proceso. Nos referimos al posicionamiento de un tipo de sensibilidad “civilizada” (Barrán, 1990) en el seno de una comunidad en vías de modernización que deploraba el estancamiento en virtud del movimiento, buscando trocar suciedad por limpieza. Consideramos que en estos fundamentos es posible apreciar una presión social creciente tendiente a la continencia y al autodomínio (Masán, 2020b)

como pautas generales de una nueva “marca distintiva” (Elías, 1989, p. 199). Este derrotero, difundido durante las epidemias y especialmente después de ellas, veía en aquellas un remate “natural” que se inscribía como la consecuencia de los valores sociales deplorados por la nueva sensibilidad. Pues conforme se reprimían impulsos, temperamentos, emociones o condiciones socioambientales, entendidas como desfavorables por sus implicancias, se comprimían hábitos considerados pretéritos, en muchos casos incluso vinculándolos con sentimientos de desagrado, vergüenza o culpa. Esto operaba no solo de manera colectiva sino también en una dimensión individual, y de allí que se recomendara sistemáticamente la incursión de las personas en baños públicos y también, desde luego, privados. Esta sensibilidad operaba en sociedad, pero sobre todo lo hacía cuando el individuo estaba acompañado de sí mismo o en su intimidad.

En otro sentido, la uniformidad con las cuales se presentaban las contingencias e intervenciones de carácter higienista –independientemente de su procedencia, clase o género social– hace que la sociedad se torne más homogénea, configurando una suerte de “Leviatán sanitario” (Svampa, 2020, p. 19) en que los individuos debían observar, sin distinciones, las mismas reglas preventivas de aseo, limpieza y asepsia. En parte esto respondió a una necesidad social vinculada a una explosión demográfica hasta entonces sin precedentes, apuntalada al mismo tiempo por las distintas atmósferas que generaban las enfermedades, colocando la “higiene” y la “salud” paulatinamente en el centro de la escena. Estas pautas colectivas, vistas en su conjunto, redireccionaron paulatinamente las exigencias comunitarias tratando de convertir el comportamiento socialmente deseado y conveniente en un patrón que uniformice a los individuos en aras de la propia salud y la del colectivo.

A modo de cierre: no hay aquí inmunidad para nadie

En estas páginas exploramos las epidemias, sus imágenes y las sensibilidades asociadas entre 1857 y 1887, lo cual nos mostró un sendero sinuoso, con complejidades que escapan a las posibilidades de este capítulo y se proyectan más allá en el horizonte histórico compartido.

Hemos analizado el modo en que se configuró desde distintas dimensiones una pauta de escrúpulos que comenzó a valorar la limpieza y la higiene como un atributo necesario para la salud y, por tanto, para la vida. Precisamente debido a su carácter oscilante, la instauración del modelo higienista no respondió a un único factor o cuerpo social sino que estuvo compuesto por múltiples perfiles, algunos de los cuales pretendimos observar en este recorrido. Tanto en sus metáforas, imágenes o discursividad es posible apreciar un conjunto de reglas sensibles que se hicieron cada vez más presentes durante estas décadas, de entre las cuales se destaca la predilección por gestionar el aire “puro” que se respira, el agua “potable” que se bebe o “corriente” que drena y los espacios “verdes” que se transitan, por considerarlos vectores fundamentales de la nueva cosmovisión urbana.

Enfatizando que este camino no resultó lineal ni predefinido, cabe subrayar que estas pinceladas ofrecen un conjunto de escrúpulos atravesados por el temor colectivo, instancia que asumiría un talante socialmente cohesionante al ubicar a individuos heterogéneos y de diversa procedencia frente al “enemigo común” e “invisible” como la peste. Tal vez uno de los rasgos más sobresalientes de este período sea la vocación por controlar precisamente algo que no podía negociarse completamente, como eran las enfermedades y su propagación. Sin dudas por su letalidad, pero también debido a su imprevisibilidad e invisibilidad, es que estos brotes provocaban instancias conmocionantes para la sociedad en todas sus dimensiones. Quizás como juzgó Guglielmo Ferrero (1991) el origen de las nociones de *civilización* y *progreso* se exprese a partir del miedo y la gestión efectiva del mismo, más precisamente “antes que este se torne intratable” (pp. 43–44). De ser así, estos rastros de acechanzas parecen

poner la luz de alerta sobre situaciones, eventos o modalidades que prometían tornarse intratables y en las cuales la sociedad perdía el control, hallándose a merced de una calamidad natural, tan intangible como fatal.

Si los miedos permiten cohesionar socialmente, estos eventos que ocasionaron un dolor muchas veces indecible, también ofrecieron la posibilidad de configurar los perfiles con los cuales amalgamar una ciudad en plena transformación, abriéndose paso gestiones de nuevos y viejos cuidados. Temer juntos puede ser un oportuno puente de unión y quizás hallemos allí algunas claves para pensar nuestra actualidad. Pues tanto hoy como en aquel lejano siglo *xix* tenemos la certeza de que tampoco hay aquí inmunidad para nadie. Tal vez una de los aprendizajes que los tiempos pretéritos nos dejan para pensar un porvenir cuando el covid-19 se aleje de nosotros sea que, ante la adversidad se hace más que nunca necesaria la unión. Acaso en un futuro no muy lejano recordemos que haber temido juntos y habernos cuidado unos a otros, nos aproximó más como individuos y, dada la magnitud de la actual pandemia, también como especie.

Bibliografía

Amigo, Roberto (1994). Imágenes para una nación. Juan Manuel Blanes y la pintura de tema histórico en la Argentina. Trabajo presentado en *xvii Coloquio Internacional de Historia del Arte. Arte Historia e Identidad en América: visiones comparativas*, (pp. 315-331), México, Instituto de Investigaciones Estéticas-UNAM.

Anales de la Sociedad Científica Argentina, (1887), 138.

- Armus, Diego (ed.) (2002). *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Norma.
- Armus, Diego (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870–1950*. Buenos Aires: Edhasa.
- Barrabás, Diego (1868). *Gran Almanaque de La Tribuna*. Buenos Aires: La Tribuna.
- Barrán, José Pedro (1990). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo 2: El disciplinamiento (1860–1920)*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Bredekamp, Horst (2016). *Teoría del acto icónico*. Madrid: Akal.
- Censo de la ciudad de Buenos Aires* (1889). Buenos Aires: Compañía Sudamericana.
- Correo del domingo*, (12 de noviembre de 1865), (98).
- Coghlam, Juan (1859). “Informe del ingeniero de gobierno” en *Documentos relativos al asunto de la provisión de aguas corrientes para la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Imprenta del orden.
- Corbin, Alain (1987). *El perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social. Siglos XVIII y XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Corbin, Alain (2018). Reflexiones sobre el agua dulce, el agua salada, y su historia. *Cuadernos LIRICO*, 18. Recuperado de <<http://journals.openedition.org/lirico/4600>>.
- de Kruif, Paul (1975). *Los cazadores de microbios*. Madrid: Aguilar.
- De Paz Trueba, Yolanda; Echeverría, Olga; Gómez, Silvana y Lionetti, Lucía (2020). *Epidemias, tratamientos y efectos sociales a través del tiempo. Reflexiones para la enseñanza y el aprendizaje desde una perspectiva histórica*. Tandil: UNICEN.
- Delumeau, Jean (1978). *Historia del miedo en Occidente. Siglos XVII–XVIII. Una ciudad sitiada*. Madrid: Taurus.
- Di Liscia, María Silvia (2003). *Itinerarios curativos. Saberes, terapias y prácticas médicas indígenas, populares y científicas (Región Pampeana, 1750–1910)*, (Tesis doctoral), Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <<https://eprints.ucm.es/2527/>>.

El inválido argentino (14 de abril de 1867), (16).

El inválido argentino (3 de marzo de 1867), (14).

El inválido argentino (5 de enero de 1868), (54).

El mercantil, (3 de febrero de 1872), (4).

El Mosquito, (20 de octubre de 1867), (248).

El Mosquito, (3 de enero de 1875), (626).

El Mosquito, (30 de abril de 1876), (695).

El Mosquito, (4 de febrero de 1877), (735).

El Mosquito, (17 de febrero de 1878), (789).

El Mosquito, (12 de enero de 1879), (836).

El Mosquito, (9 de febrero de 1879), (840).

El Mosquito, (16 de noviembre de 1879), (880).

El Mosquito, (7 de noviembre de 1880), (931).

El Mosquito, (17 de septiembre de 1882), (1028).

El Mosquito, (11 de febrero de 1883), (1049).

El Mosquito, (13 de marzo de 1884), (1105).

El Mosquito, (12 de abril de 1885), (1162).

El Mosquito, (20 de diciembre de 1885), (1198).

El mosquito, (21 de noviembre de 1886), (1246).

El Mosquito, (5 de diciembre de 1886), (1248).

El Mosquito, (19 de diciembre de 1886), (1250).

El Mosquito, (16 de enero de 1887), (1252).

El Mosquito, (21 de enero de 1887), (1254).

El Mosquito, (23 de enero de 1887), (1255).

El Mosquito, (6 de febrero de 1887), (1257).

El Mosquito, (6 de marzo de 1887), (1261).

El Mosquito, (23 de marzo de 1887), (1263).

El Mosquito, (22 de mayo de 1887), (1272).

El Mosquito, (16 de octubre de 1887), (1293).

El Mosquito, (13 de julio de 1890), (1345).

El plata ilustrado, (29 de octubre de 1871), (3).

El plata ilustrado, (3 de diciembre de 1871), (8).

El plata ilustrado, (17 de diciembre de 1871), (10).

El plata ilustrado, (31 de diciembre de 1871), (12).

El plata ilustrado, (11 de febrero de 1872), (18).

Elías, Norbert (1989). *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Farge, Arlette (2008). *Efusión y tormento. El relato de los cuerpos. Historia del pueblo en el siglo XVIII*. Madrid: Katz.

Ferrero, Guglielmo (1991). *El poder. Los genios invisibles de la ciudad*. Madrid: Tecnos.

Fiquepron, Maximiliano (2017). Cuerpos transformados: representaciones sobre la salud y la enfermedad durante las epidemias de cólera y fiebre amarilla en Buenos Aires (1867–1871). *Revista de Historia Americana y Argentina*, 52 (2), 43–66.

Fiquepron, Maximiliano (2020). *Morir en las grandes pestes. Las epidemias de cólera y fiebre amarilla en la Buenos Aires del siglo XIX*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Galeano, Diego (2009). Médicos y policías durante la epidemia de fiebre amarilla (Buenos Aires, 1871). *Salud colectiva*, 5 (1), 107–120.

Goldgel, Víctor (2010). Caleidoscopios del saber. El deseo de variedad en las letras hispanoamericanas del siglo XIX. *Estudios*, 18 (36), 272–295.

Goldgel, Víctor (2012). *Cuando lo nuevo conquistó América. Prensa, moda y literatura en el siglo XIX*. Buenos Aires: Siglo XXI.

GonzálezLeandri, Ricardo (1999). *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852–1886*. Madrid: CSIC.

González Leandri, Ricardo (2006). La consolidación de una inteligentzia médico profesional en Argentina: 1880–1900. *Diálogos. Revista Electrónica de Historia*, 7 (1), 36–79.

González Leandri, Ricardo (2012). Itinerario de la profesión médica y sus saberes de Estado. Buenos Aires, 1850–1910. En Mariano Plotkin y Eduardo Zimmermann (comps.), *Los saberes del Estado*, (pp. 125–158), Buenos Aires: Edhasa.

La Nación, (20 de febrero de 1871).

La Paz, (28 de noviembre de 1859), (9).

La Revista de Buenos Aires, (1867), (49), 91.

La Revista de Buenos Aires (1871), (93), 414.

La Tribuna, (3 de enero de 1868)

Laín Entraglio, Pedro (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat.

Malosetti Costa, Laura (1992). La cuestión del público en la gestación de un arte nacional. El caso de Juan Manuel Blanes. Trabajo presentado en *IV Jornadas de Teoría e Historia de las Artes*. Buenos Aires: Caia.

Malosetti Costa, Laura (2003). *Los primeros modernos. Arte y sociedad en Buenos Aires a fines del siglo XIX*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Malosetti Costa, Laura (2005). Buenos Aires 1871: imagen de la fiebre amarilla, En Diego Armus (comp.), *Avatares de la medicalización en América Latina 1870–1970* (pp. 41–63), Buenos Aires: Editorial Lugar

Masán, Lucas Andrés (2020). Miedos y cohesión social en los albores de la modernidad. Aproximación a la temperatura emotiva de la elite letrada porteña en la década de 1860. *Entropía. Revista de terror en el arte español e hispanoamericano*, 1, 257–271.

Masán, Lucas Andrés (2020 b). *Estrellas y amapolas. Las pinturas rurales de Prilidiano Pueyrredón y las sensibilidades en el Buenos Aires de 1860* [Tesis doctoral presentada en Doctorado de Historia, FAHCE–UNLP].

Memoria de la Municipalidad de Buenos Aires (1858). Buenos Aires: Imprenta del Orden.

Paiva, Verónica (2000). Teorías médicas y estrategias urbanas. Buenos Aires, 1850–1920, en *Estudios del hábitat*, II (7), 5–19.

Podgorny, Irina (2012). *Charlatanes. Crónicas de remedios incurables*. Buenos Aires: Eterna Cadencia.

Revista Argentina, (1871), 583–586.

Revista del Rio de la Plata, (1871), 338.

Scenna, Miguel Ángel (1974). *Cuando murió Buenos Aires, 1871*. Buenos Aires: Ediciones de la Bastilla.

Souza, Pablo (2007). El Círculo Médico Argentino (CMA) y su papel en la configuración del pensamiento médico clínico (Buenos Aires, 1874–1883). *Entre-pasados. Revista de Historia*, XVI (31), 141–159.

Svampa, Maristella (2020). Reflexiones para un mundo post–coronavirus. En Pablo Amadeo (ed.), *La fiebre. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia*, (pp. 17–37). S/l: ASPO.

Veronelli, Juan Carlos y Magalí (2004). *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina, Tomo I*. Buenos Aires: OPS/OMS.

Wilde, José (1881), *Buenos Aires desde setenta años atrás*. Buenos Aires: Imprenta de Mayo.

¿Visitas inesperadas? Epidemias en la frontera de Buenos Aires en el siglo XIX¹⁰

Lucas Bilbao

Marcelino Irianni

Introducción

Tucídides, uno de los padres de la Historia, nos dejó una frase en parte inobjetable que acabó refugiándose en ámbitos académicos pero también en el mundo político: “no olvidar la historia para no repetir errores del pasado”. Pronta a cumplir 2 500 años, en momentos excepcionales que atraviesan pueblos, comarcas o países, la frase se abre como una flor hacia el pasado, encontrando situaciones similares, buscando soluciones posibles y actitudes necesarias. Innegablemente, aunque las personas aludan en forma cotidiana a un pasado reciente, pocos hurgan hasta el fondo del baúl. Llamativamente, Tucídides observó en aquel momento las consecuencias y actitudes de

¹⁰ Una versión provisoria y parcial de este trabajo se publicó en el *Semanario Contexto* (Las Flores) y los portales *La Síntesis* (Saladillo), *Ayacucho al día* (Ayacucho) y *El Diario de Tandil* (Tandil) en junio de 2020.

una peste desatada en medio de una larga guerra entre Esparta y su patria, Atenas.

Mil setecientos años más tarde, fallecía media Europa a causa de la peste negra. Y apenas doscientos después, los españoles provocaban la muerte de millones de indígenas con modestos resfriados y gripes, mientras avanzaban en busca de metales preciosos hacia el Cusco y el mundo azteca. Nadie esperaría que los reyes españoles, el analfabeto de Pizarro o un primitivo Cortés hubiesen previsto la magnitud catastrófica de aquel encuentro. La complejidad sociopolítica de los primeros Estados modernos, significó un verdadero paso de gigante para la humanidad, pero como tal, dejó huellas que destrozaron algunos espacios y gente con cada tranco. La tecnología marítima, la militarización, el mercantilismo, la exploración de rincones del planeta en busca de especies que desencadenó en la minería depredatoria y la explotación laboral moderna, brindó una dimensión migratoria, casi imperialista, y elevaron el estatus de unos virus apenas locales o regionales.

La revolución industrial fue, sin duda, otro escalón por el que las enfermedades no dudaron en trepar hacia una cuantificación imponderable de sus estragos. Algunos países como Inglaterra tomaron consciencia de haber reunido una flota para ir por materias primas y mercados para sus productos, mano de obra barata –o esclava– en esos sitios, capital acumulado a partir de la agricultura comercial que dejaba atrás el autoconsumo. El cercamiento de campos antes de uso comunal y el traslado masivo de campesinos en busca de trabajo en pueblos que contaban con novedosos talleres y fábricas, construyó un escenario de terror a la medida de pestes como el cólera. El hacinamiento en ciudades como la Roma antigua resulta incomparable, cuantitativa y cualitativamente, con los barrios apretados de casas desbordadas de proletarios, que acudían a los bares a tomar alcohol para no consumir un agua mortal, acaso para poder enfrentar la realidad de volver a su pequeña morada y encontrarse con un hijo muerto.

Sudamérica era entonces parte del mundo, de ese mundo tan distinto al de romanos y atenienses como Tucídides, de finales de un feudalismo socavado por el comercio, de conquistadores españoles devastadores. A mediados del siglo XIX, con chimeneas de fábricas lejanas, la viruela, escarlatina, sarampión, fiebre tifoidea y cólera también eran moneda corriente en concentraciones sociales de espacios agrícola ganaderos. Con Sarmiento como presidente, al finalizar la guerra con Paraguay comienza un trienio surcado por dos epidemias que zamarrearón el Río de la Plata: cólera y fiebre amarilla. Entre 1867 y 1871, los soldados que volvían de la selva paraguaya y los extranjeros que habían decidido probar suerte en esta parte del mundo escapando al centripetado de las fábricas, se repartieron las culpas sobre estas pestes a Buenos Aires, como señala el capítulo de Paz Trueba en este libro. Los saladeros que aprovechaban el cuero para la industria europea y la carne salada de los vacunos para los últimos países esclavistas, formaron parte del problema, arrojando sus desperdicios al riachuelo en la zona de las barracas, al sur de la ciudad. Todos tenían algo de razón, aunque difícil de probar con una sanidad en formación y una justicia inexperta en la temática.

Como fuera, en ámbitos donde la violencia y la muerte eran parte del paisaje cotidiano, los virus encontraban puertas abiertas, espacios donde moverse, sitios donde alojarse y arraigarse antes de ser descubiertos. Polizones en barcos y maletas, en carros y bultos, las bacterias podían ser parte de las migraciones humanas, de los traslados de gente a pueblos del interior, de movimientos del ejército hacia alguna de las fronteras. Ello explica la falta de asociación directa entre una epidemia y el hacinamiento fabril, más allá de que en muchos casos fuesen el punto de partida. La ciudad de Buenos Aires había tenido casos de cólera en 1818, 1832 y 1848 aislados en distintos barrios, no percibidos por el resto de la sociedad en una época de pocos periódicos y muchos analfabetos. Así, en la segunda mitad del siglo XIX, las epidemias se presentan como visitas inesperadas de alguien –un virus–, que asegura haber estado antes pero que pocos recuerdan. Esa situación, repetida entre 1868 y 1898, no preparó el

espacio para recibir una visita inoportuna que incomodaba pronto a los moradores del hogar y, como si fuese poco, se instalaba demasiado tiempo, tanto que provocaba que algunos familiares se fuesen para no volver. El país era el espejo de esas casas modestas, con pocos recursos para recibir a alguien, mucho menos una peste. En épocas de más tranquilidad que bonanza –en el caso argentino entre guerras civiles o con países vecinos–, los gobiernos construían edificios discutidamente indispensables, ensanchaban calles, emprendían obras de agua o alumbrado, hacían plazas y estatuas, armaban a las fuerzas del orden. Momentos de recursos escasos, proyectos para sociedades sanas, fe en que el medioambiente no sacudiría el paisaje con una inundación, una seca, un tornado y menos, una epidemia.

El Río de la Plata

Abrir este apartado recordando que uno de sus términos alude a la obsesión mercantilista española que alucinaba encontrar ciudades doradas en toda Latinoamérica es hilvanar el devenir humano con la idea de Tucídides sobre la mesa. Con ese molde, recortando el espacio al ámbito de la ciudad puerto más importante de Argentina, encontramos escenarios que contienen los elementos históricos fundamentales en torno al proceso de inicio, desarrollo y desenlace de una peste.

La peste comienza con un caso o un puñado tanto arriba en un transporte como los inmigrantes o en una columna del ejército que vuelve de regiones foráneas. En cada inicio de un episodio pandémico se desatan historias particulares, contagios inesperados, lugares donde se perciben los primeros síntomas de la enfermedad, pánico y huida o solidaridades improvisadas. En manos del azar, aquello puede ser en una ciudad con hospitales cercanos o un pueblo con un solo facultativo que anda en el campo visitando pacientes y un curandero que mezcla yuyos recolectados en los alrededores. También puede suceder alejándose del foco epidémico, creyendo huir del mis-

mo. En una de las epidemias del siglo XIX la estadística anotó el deceso de un par de niños durante el traslado de Buenos Aires a Tandil. Los familiares recuerdan el pesar de sus ancestros obligados a enterrarlos a la vera del camino, en intentos tan desgarradores como desesperados por erradicar el contagio en el carromato. Eran días difíciles, de almanaques interminables, abandonados en una fecha cruel e imborrable aun arrancando hojas con fechas que no alejan el dolor. Papeles en los que ocasionalmente la muerte sobresalía sobre apuntes de fiestas patrias y cotidianidades como el día de un santo en el que había que saludar un pariente, hacer un pago o rezar por un cobro. La falta de medios de información, el analfabetismo y la noticia que se transformaba en rumores jugaban a favor de calendarios hechos a la medida de las bacterias. Un inmigrante podía zarpar eufórico hacia América y morir un día después de bajar la explanada del buque, envuelto en sábanas rotas que nadie quería cargar hasta la vereda del conventillo para que un carro lo llevase a las afueras para quemarlo. Pero un carretero podía ir hasta Azul a llevar vicios para las tolдерías encargado por el gobierno y comenzar a cruzar gente amarillenta, vomitando en la entrada de los pueblos que dejaba atrás. Un rato más tarde, la nube de polvo en un camino que no construyó el Estado sino personas que pasaban seguido, llegaba a la vista del carretero una volanta con alguien tirado en la cajuela que pasaba rauda buscando un médico, un chamán o un cura para un ser que todavía respiraba.

Pese a sufrir pestes de dimensiones dantescas como la de 1347, la humanidad había disociado aquel castigo y las catástrofes naturales, a los enojos divinos. Pocos europeos sabían, en sus aislamientos, cortas vidas y recorridos rutinarios, que la peste negra dejó más de 25 millones de muertos. Resulta más fácil imaginar que supiesen sobre gente de distintas regiones que vagó con sus familiares muertos sobre carros o al hombro buscando una hoguera donde les permitiesen quemarlos. Lo terrible puede grabarse a fuego o penetrar tan profundo que casi no se recuerda. La pertenencia social brindaba puertas de hierro o cuero a las noticias que buscaban anidar en sus

almas. Para la mayoría que buscaba paliar el hambre en 1347 o escapar de los campos sin encontrar lugar en las primeras fábricas en la Europa de la primera mitad del siglo XIX, no debió ser el momento de tomar consciencia sobre un fenómeno que no era peor que sus existencias cotidianas. Para la mente de campesinos que habían atravesado tantas pestes en animales de sus campos, aquello podía regresar o pasar inadvertido en brotes regionales que superaban el cambio de estación o una helada temprana. Como sea, la ciencia en pañales y la medicina con islas de desarrollo en mares de duda y experimentos, convertían cada aparición epidemiológica en una especie de monstruo a la que había que enfrentar sin armas apropiadas o huir, al menos los que podían.

Como si fuese una colonia de roedores que expone el ejemplar más longevo a probar un alimento extraño, la peste presentaba casos aislados, incomprensibles, antes de aparecer con la virulencia que las caracteriza.

En el año 1865, cayó enferma una mujer en una casa de la calle Méjico, de oficio cocinera. Las personas que la atendieron notaron que al poco tiempo de enfermarse su cuerpo estaba helado y su voz se había debilitado. Esta enferma fue atacada desde el principio por vómitos y diarrea como agua clara. El doctor Leslie, luego de examinarla dijo a los presentes: 'Pobre Buenos Aires si algún día esta enfermedad se hace epidémica, porque se llevará la mitad de la población'. Era cólera mórbus (Segura, 1868, pp. 13–14).

En esa ocasión la visita fue corta, pero alcanzó a llevarse hasta donde se sabe, una vida. No volvió hasta principios del año 1867, irónicamente a fines del verano, cuando apareció en Rosario. El día 15 de marzo, el doctor Corradi observó el primer caso de *cólera morbus epidémico* en una casa próxima al puerto habitada por un crecido número de personas que ocupaban cuartos húmedos y mal ventilados. Los casos afectaron a gente poco acomodada que vivía próxima a los focos de infección, así como a los ranchos situados en el bajo de la ciudad. Era una visita inesperada, pero que encontraba comodidad

y gustaba quedarse en las viviendas precarias, como refiere también Irene Molinari en relación a la lepra en este mismo libro. En mayo, el cólera sumaba 487 casos.

Eran enfermedades desconocidas incluso para los médicos formados, novedosas por el impacto en los cuerpos de los contagiados y el terror que desataban en la población. “Tres veces había invadido la fiebre amarilla a esta ciudad y las tres se ha limitado a un barrio, alejándose el mal elemento en poco tiempo y sin grandes esfuerzos de nuestra perezosa población”, rememoraba Eduardo Wilde sobre el inicio de la gran epidemia de 1871, unos años después (Wilde, 1878, p. 297). Lo cierto es que aquel aviso de un caso de fiebre amarilla en enero de 1871 en San Telmo recorrió la ciudad como una ventisca fría, a veces con personas que dejaban imprevisiblemente la conversación para juntar la ropa que se caía de sus valijas de cartón en la huida. Un año después rememoraba un semanario porteño: “La muerte ya extendía sus brazos descarnados y nosotros aun nos divertíamos locamente en las delicias carnavalescas, y siquiera teníamos lazaretos, ni corporaciones capaces de combatir y atacar el mal, ni la conciencia de este mismo” (*El Plata Ilustrado*, 07/01/1872, p. 13). Pocos podían olvidar las maneras en las que se manifestaban los síntomas de estas enfermedades. Las risotadas de un húmedo carnaval se secaban con la rapidez de un día ventoso, las bocas retomaban la forma horizontal de la pesadumbre. La superioridad del hombre como especie trepaba al árbol evolutivo, huyendo del presente, buscando otras etapas del devenir.

La fiebre amarilla, en su fase más avanzada se caracteriza por atacar el hígado, generando hemorragias por la nariz, la boca, el estómago y el recto, además del característico color amarillo en la piel y pupilas. Completa el cuadro de síntomas, períodos de alta fiebre, delirios y esertores. El cólera, por su parte, se caracteriza por diarrea y vómitos agudos, que en su momento más álgido produce una rápida deshidratación del cuerpo, acompañada de fiebre, calambres muy intensos en la región abdominal, presión arterial baja y pérdida de tempe-

ratura corporal. La manifestación física de este colapso se expresa a través de la coloración azul cianótica de la piel y el hundimiento de las cuencas oculares. Junto con la postración y decaimiento severo del cuerpo, producto de la deshidratación, le otorgan al enfermo un aspecto severamente lívido, como si ya estuviera muerto. Sin embargo, y a diferencia de la fiebre amarilla, durante buena parte de la enfermedad el sujeto está consciente, no tiene episodios de delirios, lo que otorga un tono más dramático a este cuadro, mostrándonos una imagen cadavérica del enfermo, pero con plena conciencia de ello. Además, todos estos síntomas se manifestaban muy rápidamente y el enfermo puede morir en el transcurso del día (Fiquepron, 2018, p. 338).

Desde las callejuelas angostas de Buenos Aires, el cólera saltó de pueblo en pueblo como un caballo de ajedrez, evitando algunos caseríos por azar o eligiendo los puntos donde golpear. La gente dudaba entre el encierro o comenzar a moverse, como si un par de coronadas indicaran la salida del laberinto epidemiológico. Las bacterias viajaban como panaderos desprendidos de un diente de león al viento. Había algo de azar en sus virajes, que al principio parecieron sociales, luego geográficos o estacionales, al final, bíblicos. No flotaba sobre la inmensidad de la pampa ni seguía un derrotero lineal. Saltaba del estornudo de un jinete a la ventanilla de una galera en la que se asomaba una anciana, en un cruce de caminos. Luego de una parada en una fonda tomaba una huella hacia el oeste, en el rostro rosado de un bebé que acarició la anciana. En la entrada de un pueblo, junto a una cuna donde lloraban los padres de un niño por no llegar a consultar un médico, seguía viaje con un inmigrante al que le faltaba poco para llegar a destino. Lo guiaba un dibujo con aspiraciones de mapa al que miraba de tanto en tanto para dar con su primo domiciliado en Arenales. Como el polen, llegaba a lo que luego sería Ayacucho, pero seguía hacia Saladillo, Las Flores, Dolores, Tandil e incluso hasta algunas tolderías cuyos chamanes no tenían más poder que el cura para detener los contagios o expulsarlos de sus límites. El 7 de enero de 1868, el presidente de la Municipalidad de

Arenales escribía al ministro de gobierno, Nicolás Avellaneda, para plantearle:

Desgraciadamente el flagelo reinante se ha desarrollado en este Partido de una manera alarmante. Es impresindible, que la acción oficial se haga sentir particularmente en el seno de las familias, que se hallan en la condición de menesterosas. Por esto espera el que suscribe que al hacerle saber á la superioridad, ha de influir para que se envíen á este juzgado los recursos que considere del caso para con ellas atender de un modo conveniente todo aquel que sea atacado del cólera y que carezca de ellos. La carencia absoluta de fondos de la administración de estos partidos hacen imperiosa la cooperacion del Superior Gobierno, que no duda el que suscribe, que en atención a la situacion sensible, porque pasamos, ha de proveer de conformidad a lo pedido.

Dios guie. á Ud. muchos años (Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires, 07/02/1868).

A los pocos días, Avellaneda respondía:

Contéstese al Presidente de la Municipalidad que se le autoriza para hacer los gastos indispensables que reclama el estado sanitario de Arenales, pasando oportunamente las cuentas documentales à este Ministerio para su abono: bien entendido que solo debe hacer uso de la autorización, cuando se hayan agotado los fondos municipales y aquellos qe deben reunirse por el concurso espontáneo del vecindario (Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires, 17/02/1868).

Sin saber de ese gringo que entraba por el camino principal y no alcanzaría a conocer el pueblo ni reconocer a su primo, municipios como Arenales, con alrededor de 6 200 habitantes, pedían ayuda al Estado provincial luego de agotar los medios a mano. Botellas de náufragos con mensajes desesperantes que flotaban por el pastizal pampeano atadas a un chasqui, en la cajuela de una diligencia, el morral de un soldado o el bolsillo de un carretero que volvía al puerto. Más adelante, muy tarde para frenar algunas de las pestes que

hubo entre 1860 y 1875, el telégrafo y el ferrocarril llegarían a la trinchera de los humanos. Sin embargo, uno aceleraba el pánico y otro no alcanzaba para que se suba todo un pueblo en el primer viaje. El ministro de Gobierno era ágil para contestar y autorizar colaboraciones extraordinarias. Luego, la burocracia, el endeudamiento del presidente del municipio mostrando un papel firmado por un desconocido Avellaneda, serían acompañados con gritos, puteadas y golpes de puño en mostradores para que se concrete ese *pagadios* en esta vida, con dinero y no con un pedazo de tierra en la lejana Patagonia.

Un Estado adolescente, ocupado de apaciguar el territorio y la región durante casi setenta años, se enteraba del brote de la epidemia y la observaba, sabiendo que no estaba preparado para controlarla. Registrar la llegada de barcos y los primeros conventillos eran acaso las medidas a su alcance. A los municipios bonaerenses contestaba esquelas en las mismas botellas recibidas con la ilusión que de que supiesen regresar a esos islotes que no figuraban en los mapas, oasis aldeanos en medio de la nada. La ausencia sanitaria del Estado hizo que las comisiones municipales tomaran el toro por las astas con pocos recursos y mucho empeño. Trapos en la cabeza para bajar calenturas y hierbas que juntaban los yuyeros del pueblo para detener vómitos colaboraban tanto como un par de baldes en el incendio de una sierra. Sin embargo, los ánimos cambiaban viendo vecinos recorriendo el arroyo o las laderas de una serranía en busca de los yuyos indicados por ancianos y curanderos. Nada alcanzaba, pero mientras esperaban un milagro con forma de tropa de carretas cargadas de médicos y medicamentos que no llegaría, la quietud social era una salida del laberinto por el costado, inútil y costosa. En los tiempos del cólera, la solidaridad, amor silenciado en hombres y mujeres endurecidos desde que gateaban, solía eclipsar al horror. A las camas en las primeras mutuales con las que los extranjeros paliaron la ausencia de los gobiernos provinciales y el nacional, se sumaron las primeras internaciones en fondas y hoteles pequeños que hacían las veces de sanatorio y en la pieza del fondo, velatorio fugaz, antes de

llevar el cadáver amarillento campo adentro. En ciudades grandes como Buenos Aires, la epidemia enfrentada por la gente común trajo un alivio habitacional impensado cuando los vecinos pudientes abandonaron la zona sur para instalarse al norte. Eso equilibró, durante un tiempo, cuerpos con colchones, letrinas y canillas. La aparición de conventillos en caserones donde antes vivían diez personas y ahora sobrevivían sesenta no tardaría en ser descubierta por otras epidemias.

Enero, con un calor convertido en galera de seis caballos para que el cólera llegue a todos los rincones posibles, fue prolegómeno de un año que también comenzaba con la taba cayendo culo en Las Flores. La corporación municipal miraba desde la azotea del edificio más grande del pueblo y veía parte de sus 7 250 vecinos caminando rápido con alguien en brazos, trepando en una carreta para ir a un campo donde les harían un lugar, encendiendo fuegos que despedían humo de trapos antes que leña. En los días en que se conocieron los primeros casos, un juez de paz optimista escribía al ministro Avelleda para informarle las medidas tomadas por esa municipalidad “para evitar en cuanto fuera posible, la propagación del flagelo”. Hasta el momento, solo habían sido cinco las defunciones y veinte los salvados. Sin embargo, añadía:

Hoy desgraciadamente el mal ha hecho creces, según los Alcaldes y Comisiones nombradas en cada Cuartel. Han tenido lugar en el ejido de este Pueblo 7 defunciones, no obstante los esfuerzos del inteligente que la Municipalidad ha contratado para prestar auxilios pronto a los desgraciados que son atacados del mal. Esta Municipalidad no ha omitido sacrificio para prestar pronto y eficaces socorros: para el efecto ha contratado tres inteligentes, pues no hay médico recibido ni aun botica. El uno deberá atender a los atacados que se hallen á largas distancias, otro atenderá hasta un radio de tres leguas de este Pueblo, y el último será el director de un Lazareto que hemos establecido para socorrer transeúntes ó aquellos que no pueden ser atendidos por sus deudos, ya porque no los tengan, ó por la escasez

de recursos de estos. Puedo asegurar a V.S. que las comisiones nombradas es tanto el interés y celo con que llenan sus deberes que no puede ser mas satisfactorio, llegando caso en que ellos mismos han dado sepultura á algunos cadáveres, para con su ejemplo disipar ese terror que se apodera de los deudos, pues ha habido caso que una hija abandonó la madre y el Alcalde la obligó, trayéndola al lado de la infeliz atacada y con los ausilios y exhortaciones de la Comisión se consiguió que esa hija extraviada por el pánico asistiera á la madre y se logró salvarla. Ha habido la necesidad de proceder con toda energía para no consentir se propaguen hechos tan inhumanos como inmorales.

El Cuartel 4° es el que más ha sufrido por el flagelo, y sufre aun pues el día 20 el inteligente acompañado por el Alcalde y la Comisión recorrieron parte de él y encontraron nueva cadáveres y siete atacados en ese día, sin contar muchos que ya estaban mejor esos días antes. Como Ud. comprenderá al no tener botica nos hemos visto en el caso de encargar medicamentos á esa Ciudad habiéndose concluido la primera remesa se ha hecho un pedido mayor, pues creemos que el mal entra a desarrollarse con fuerza, que como dejo dicho ya lo tenemos en esta población. La Comisión del Cuartel 2° es presidida por el Alcalde, como las de los otros Cuarteles, con la doble ventaja para los que sufren que éste es inteligente en medicina y ha conseguido resultados que hablan muy alto en pró, no solo de su inteligencia sino de su abnegación y celo. El Cuartel 3° es atendido también “por otro inteligente” que, asociado a su activo Alcalde y Comisión, que en nada cede á las demás en cuanto á actividad y desprendimiento prestan los servicios más importantes á los que sufren. Los demás Alcaldes y Comisiones estimulados por el humanitario y noble proceder de los que combaten el flagelo, no omiten esfuerzo y sacrificio alguno para ponerse á la altura de las circunstancias.

La Municipalidad cree muy en breve tiempo agotar los recursos, y pide que transmita estos datos al Señor Gobernador para que se penetre de nuestras críticas circunstancias, pueda la Corporación que

tengo el honor de presidir, esperar tienda su mano protectora hacia este Partido que hoy sufre tanto, auxiliándonos con los fondos que pudiera destinar á este humanitario fin; como también si posible fuera mandar un médico para este Pueblo que no tiene otro auxilio que los conocimientos limitados de los que ejercen sin títulos la medicina, que, si bien es cierto hacen cuanto en ellos está en obsequio de los afligidos, se comprende bien que eso no llena la necesidad que se siente de un facultativo para tranquilizar el espíritu de esta población que está espuesta á que se desarrolle en ella el flagelo. Esta Municipalidad afronta con decisión las circunstancias pero comprenden que sus fuerzas sin la poderosa protección del Gobierno, se agotarían y tocaría mil dificultades que harían infructuosos sus afanes y decaería el ánimo de los más celosos servidores.

Réstame saludar al Señor Ministro con mi más alta consideración.
Adolfo Leanos (Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires, 23/01/1868).

Para paliar un brote epidémico hacía falta algo más que recursos financieros, siempre escasos y más aún cuando había que gastar en insumos que la cotidianeidad no solía reclamar. No es extraño que faltasen médicos en los pueblos, por eso allí, cualquier tipo de recurso humano externo servía para aliviar la situación. Así lo entendió la Municipalidad de Dolores frente a “las circunstancias apremiantes” que imponía “el estado del Cólera”. Por ello, y tomando el ejemplo de lo que sucedía en la vecina Chascomús, su presidente Modesto Fresco, solicitaba al gobierno:

[...] disponer de los fondos que se encuentran en esta Sucursal para dar inicio á un hospital con el título de Lazareto, se sirva tener á bien proporcionar para este hospital cuatro hermanas de la caridad, pues con el terror pánico que infunde esta enfermedad no se puede llenar nuestros deseos, pues las señoras que asisten hoy son por una oficiosidad y deseáramos si es posible nuestro pedido fuera lo mas pronto que V.S. le permita sus eminentes ocupaciones (Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires, 28/01/1868).

Profesionales que optaban por ciudades grandes antes que ir al interior, sueldos tardíos que no tentaban travesías de los facultativos a la frontera, la peligrosidad indígena y especializarse en suturar tajos de cuchillos o curar mordeduras de serpientes sin tener que cortar un miembro del cuerpo, eran parte de la respuesta. A los inteligentes y hermanas de la caridad se sumarían los curanderos del pueblo, que conocían donde había zarzaparrilla para impurezas de sangre o verbena para las heridas, además de manzanilla para los cólicos.

En un mundo analfabeto, de trabajos manuales y duros para no tener manos de piedra que no pueden sostener una aguja y menos un bisturí, las mujeres hacían frente a los cuidados escuchando los consejos de un inteligente, como los llamaba el representante municipal de Las Flores. Inteligente es la palabra que encuentra aquel vecino para identificar al que era más rápido de pensadera, leía, tenía muchos adjetivos y verbos acopiados en algún lugar entre el cuello y la cabeza. Era el “avispa” del pueblo, el que también organizaría y repartiría el año siguiente los cuadernillos para el primer Censo Nacional.

El primer contagio se convertía en un nudo por desenredar de ese hilo de Ariadna que indicaba una salida natural, acaso estacional, a las bacterias. Inteligentes y curanderos, además de aquellos que no medían contagios para trasladar los cuerpos hasta un lugar donde hiciesen cuarentena, eran milicos enfrentando a la gente de Calfucurá con un cuchillo de mesa. Unos días después de la primera nota al ministro Avellaneda informando los esfuerzos que esa municipalidad hacía, el mismo juez de paz, en un tono casi de derrota, le manifiesta:

Desde el 23 de enero, fecha de mi último parte la enfermedad o epidemia reinante en este partido, ha tomado innumerables proporciones, al extremo de que los recursos de que es dado disponer a la municipalidad para combatirla están muy distantes de llenar las urgentes necesidades que demandan el angustioso estado por que atraviesa este

vecindario. Agregaré que á la falta de facultativos que se siente para la asistencia del crecido numero de atacados que cuenta el Partido, no hay quien quiera prestarse a prodigarles los necesarios cuidados y mucho menos á dar sepulturas á los muertos, ni aun ofreciéndoles retribución siendo en muchos casos compeler por la fuerza á que lo practiquen bien sus deudos ó patronos y respecto de los que no los tienen, aquellos más aparentes para estos servicios, único modo de poder salvar el tristísimo espectáculo y las consecuencias funestas que hubieron de seguirse de dejar los cadaberes insepultos y abandonados por los campos para servir de pasto á los animales y corromper el ayre con sus fetidos.

En situaciones tan críticas el infrascripto por acuerdo de la Municipalidad insiste de nuevo en las suplicas que dirijió a Ud., a que tenga vovondad de mandar para este punto y mientras dure la epidemia un facultativo recibido y los recursos con que al superior gobierno le sea posible contribuir para poder hacer frente á las infinitas urgencias del vecindario pobre de este Partido.

Adolfo Leanos (Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires, 29/1/1868).

En la frontera, médicos y curas fueron “especialistas en muertes”. Visitaron con júbilo un enfermo recuperado, pero sus vidas rondaban el desgarró que los decesos por epidemia generaban al interior de las familias. Primero el médico y luego el cura, algunas veces solo uno de ellos, llegaron hasta las moradas de sus propios vecinos donde algún enfermo aguardaba su presencia para modificar su suerte o estar tranquilo de que el mismo Dios lo recibiría en ese lugar desconocido y del que tanto había escuchado. Señalaba el cura de Tandil, José Terradas:

[...] he procurado hacer todos los esfuerzos posibles para que reciban los feligreses de esta Parroquia los Santos Sacramentos cuando estan gravemente enfermos, avisando al pueblo la gran obligacion que tienen los de la familia de llamar al Cura sin esperar los últimos

momentos en que privado del uso de los sentidos el enfermo no tiene ningun consuelo en este último trance salvando de este modo la responsabilidad que tienen ante Dios. [...] Á Dios Gracias poquísimos son los enfermos que fallecen en el pueblo sin recibir los Santos Sacramentos y en este debo hacer justicia á los Sres. Médicos de este pueblo los cuales tienen especial cuidado de avisar á la familia el estado grave del enfermo, y que se le proporcionen los ausilios espirituales. (Archivo de la Parroquia Santísimo Sacramento de Tandil [APSS], marzo de 1877).

En estos pueblos, brotes de epidemias como los de cólera se vieron como una crisis generalizada. Ese “fantasma” que recorría la inmensidad de la Pampa, ahora deambulaba por los fangos y callejuelas del trazado. Todos intentaban escaparle, aunque nadie sabía cómo o por dónde. Por eso, formando casi una “santa cruzada para derrotarlo”, médicos, municipales, curas y vecinos le hacían frente, como lo harían luego con otras enfermedades como la polio a la que refieren los capítulos de Ramacciotti y Testa y el de Olga Echeverría en este mismo libro. Señalaba el diario *La Nación* (1871): “El capellán de Santa Lucía invita a rezar para pedir por la lluvia y la desaparición de la epidemia en la Parroquia de San Telmo”. Y las acciones se replicaban en la campaña. “Desde la fecha en que empezó la epidemia”, se leía en el periódico *El Monitor de la Campaña* (1871) de Exaltación de la Cruz, “le hemos visto a nuestro Cura a todas horas dispuesto a ayudar a los moribundos con tanta solicitud i buena voluntad que no dejan que desear. Para él no hay dificultad, sea de día o de noche, en el pueblo o en la campaña, siempre está pronto” (p. 3). Casi como un siglo atrás, cuando el mandato de los reyes los convirtió en boticarios y administradores de vacunas de sus feligreses, algunos curas de la campaña encontraron en estas coyunturas epidémicas una oportunidad para sostener su lugar de referentes comunitarios que el tránsito de las décadas venía erosionando con más fuerza.

Así lo había entendido el cura italiano, Nicolás Aquarone, quien llegó al Río de la Plata en la década de 1840 y rápidamente se convirtió en un personaje destacado en pueblos como Bahía Blanca,

Carmen de Patagones o San Andrés de Giles. Los caldeados “meses del cólera” lo encontraron al frente del curato de Zárate. Desde allí escribió al vicepresidente Alsina poniéndose a su disposición para curar esta vez los cuerpos si era necesario:

si estima mandarme y ordenarme con la inteligencia del Gobierno Filantrópico, el método que he visto salir muy bien con efectos ciertos de curación sobre el Colera Morbus, me hare un deber de fielmente y sinceramente servirles por la verdad y la oportunidad, por si acaso, pero que Dios nos libre de los azotes, de la pestilencia, hambre y guerra (Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires, 02/05/1868).

Misas, oraciones, velas encendidas a toda hora y a todos los santos, se multiplicaron en estos tiempos de crisis. Se leía en un matutino porteño:

La novena a la Preciosísima Sangre del Salvador, hecha en la Iglesia de San Ignacio por la desaparición de la peste que nos aflige, terminará mañana con una misa solemne, que se celebrará a las diez del día por los mismos fines. Se invita pues, a todo el pueblo, y especialmente a nuestros parroquianos a unir sus ruegos y a ofrecer con nosotros el Santo Sacrificio por tan nobles y piadosos fines (El Nacional, 23/03/1871, p. 2).

Algunos curas encontraron en estas coyunturas el momento para sumar algún aporte monetario a los no tan abundantes recursos que obtenían por los derechos de estola. Quizá veían en ello el recuerdo de aquel cura de su infancia, aplicando a cambio de algunos pocos pesos algún remedio *non santo* a los paisanos de sus comarcas, en las zonas rurales de España o de los reinos de Italia de principios de siglo. Estos menesteres se realizaban a sabiendas de los vecinos pero a escondidas del ojo del obispo, que pretendía controlar todo y que prohibía a los curas cualquier tipo de actividad fuera del ministerio parroquial. Y como no hay nada que un ojo divino no vea, cayó a la

parroquia de Tandil una amonestación cuando el palacio episcopal se enteró que el cura teniente de allí, el italiano Giusepe Pardini, se estaba dedicando a la medicina:

Mi estimado Cura

Ha sabido el Sr. Obispo q su compañero y teniente luego que llegó ahí, se contrajo a curar y veo que no por caridad sino por interes. En un pueblo donde hay un médico aprobado y un Tribunal de Medicina, nadie, menos un Eclesiástico puede ejercer esa profesión. Es eso mui censurado y mui prohibido por los cánones. Cuide ud. de ordenar a ese Sr. Pardini que se abstenga de curar los cuerpos, y espero que no será necesario mas aviso q este.

Federico Aneiros, secretario (Archivo de la Parroquia Santísimo Sacramento de Tandil, 07/08/1866).

Frente al deceso, una de las cuestiones que más inquietaba era la forma o el estado de las personas al momento de morir y su tránsito al más allá. Entonces, las nociones de gracia, de pecado o de eternidad cobraban materialidad en las familias. Y además de la tristeza por la pérdida de algún ser querido, podían aparecer temores como – el siempre presente– viaje al infierno. Desde los tiempos medievales se contaba con el purgatorio, aquel estado intermedio posterior a la muerte que permitía “preservar” por un tiempo el alma de los fallecidos, hasta tanto las oraciones y obras de caridad de sus parientes y paisanos torciesen ese camino y lograran que su alma finalmente descansara en el paraíso y no terminara en las llamas por el resto de la eternidad. Esto traía algo de alivio, pero el temor al no descanso en paz del alma fallecida siempre aparecía. Por lo tanto, en momentos de turbación como estos, era una condición recibir el viático y sacramento de la extremaunción si quería esquivarse el “estado del demonio”. Ese trámite y certificado, solo el cura podía darlo. Con pocas parroquias y escasos crucifijos en los pechos, excepcionalmente sobre las blusas de las mujeres, la fe vagaba por los pueblos como un forastero. Los curas se quejaban de no tener parroquianos y cansados de ir a los ranchos a buscarlos el domingo o de reprimendas si

sus hijos no iban a la escuela, se largaba en el carro a anotar nacimientos, casamientos o decesos en la zona rural. Sin embargo, en la aldea y en los campos, una religiosidad invisible habitaba la mente y las almas de criollos y gringos. Bastaba una oración a manera de mantra, confundida para el transeúnte con una milonga que silbaban bajito, escondida bajo bigotes o puchos esquinados para sentir el paraguas de un Dios que iba con ellos, no muy distinto en relación al efecto de lo que refiere Jesús Binetti en un capítulo de este mismo libro.

No menos inquietante fue el estado de los cuerpos una vez enterrados y por lo mismo, de los cementerios. De allí que muchas de las acciones de las municipalidades de campaña de este tiempo se volcaron a contar con cementerios, además de escuelas y templos. El juez de paz de Alvear, en la solicitud que hace al gobierno provincial para obtener una subvención para la construcción de una capilla y un cementerio, argumenta que

de las personas que mueren sus sepulturas son en el medio del campo, donde es el pisoteo de las vestias. Esto es ignumano y de Pueblos poco cultos y Sivilizados, así es Señor Ministro que, este justo pedido y el pensamiento altamente humanitario que encierra, creemos, sera atendido por el Ilustrado Gobierno (Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires, 06/12/1869).

Aun cuando los cementerios se concretaban, tampoco fue inusual que se hiciesen enterramientos en el campo, cerca de las viviendas o incluso en lugares naturales como cuevas o grutas, según relata el médico francés Henry Armaignac ([1883] 1976), asentado en el partido de La Lobería, cerca de las serranías de Tandil. Pero esto no podía ser sino “ofensivo a la moral pública”, pues no se guardaban “las formalidades que la religión católica, las sivilisaciones y la sana razon nos señalan como impresindible” (p. 141). Cuando expiraba la década de 1860, Tandil sufrió el embate del cólera como un zamarreo a sus pobladores para reordenar prácticas cotidianas y convertir a

sus municipales en agentes sanitarios. El tamaño de los pueblos o ciudades, sus demografías y composiciones etarias, un asentamiento mayormente rural o urbano y hasta el nodo en que se situara cada espacio social, eran variables naturales que podían incidir en el impacto, geografía del contagio y durabilidad estacional o no de la epidemia. Con menos de 5 000 habitantes, distribuidos casi por mitades entre zona rural y pueblo, los tandilenses tomaron decisiones ligeras y mayormente ligadas al trazado urbano. En cada epidemia se puede comprobar que aquella se trata como un fenómeno catastrófico más comparable a un tornado o a una inundación. Los comisionados se movilizan en pos de improvisar diques no construidos con anterioridad a un potencial diluvio de bacterias. La lógica de un espacio rural abierto y aireado, incomunicado y con un aislamiento social casi natural, direcciona todo el accionar a las diez manzanas con viviendas en derredor de lo que fuera el Fuerte desarmado cuatro años antes de la llegada de la epidemia. La zona de chacras debió ser una de las murallas para sortear por el virus, saltando de parche en parche donde hubiese un rancho habitado o penetrar por el camino principal que llevaba al corazón del pueblo.

El cólera ha producido las primeras víctimas. A su conjuro reapareció el carro de la basura que juntará primero las inmundicias en las calles y después la que saquen los vecinos a las puertas de sus domicilios. Otras medidas de higiene general son, que el chanchero Augusto Wolff retire su negocio a un lugar excéntrico. Cada cual carpirá su sitio. Queda prohibida la fruta traída en galera. Quedan prohibidos los bailes y velorios. Las escuelas permanecerán cerradas. Los cadáveres se enterrarán a un metro de tierra en un baño de cal. Los enseres de las víctimas y sus utelillos que no resistan la cura de cal serán quemados. Se conforma una comisión de sanidad que velará por el cumplimiento de estas disposiciones.

Pronto se hace evidente que un carro de basura no alcanza a desgotar el pueblo de las inmundicias que tiene. Se emplean dos carros adicionales en la limpieza pública. En cuanto al cementerio, al

presente bien cercado y dotado de una discreta portada, seguridad y aliño, se le enviarán muchos soldados para efectuar su limpieza y quemar las ropas que allí existen, colchones y demás, y luego se procederá a nombrar un sepulturero permanente para tener un cementerio limpio, dado que hay muchas quejas de la basura en el. Las ropas y colchones aludidos pertenecían a los coléricos fallecidos; fueron llevados por los deudos de las víctimas con el propósito de sepultarlas con los muertos pero quedaron dispersas por ahí [...] (Fontana, 1947, p. 98).

Este conjunto de ideas que aparecen en los reclamos de municipales y vecinos, se encuadra en la difusión de las condiciones sanitarias e higiénicas de esta segunda mitad de siglo. La difusión de las epidemias no hicieron más que favorecer el avance de una normativa cada vez más homogénea para paliar las condiciones e intentar –a veces sin éxito– erradicarlas por completo. Pero no solo las normas cambiaban, también se alteraron, por ejemplo, los rituales frente a la muerte. El vasco Francisco Letamendi, presidente de la flamante Municipalidad de Rauch, le envió al gobierno provincial una ordenanza vinculada con este tema. El miedo a que los cadáveres pudieran transmitir la peste mientras se los velaba, además de los abusos que representaban las escenas festivas que se daban en algunos de ellos, había llevado a la corporación municipal a disponer lo siguiente en los límites de ese partido:

Artículo 1°. Es prohibido en el Municipio celebrar con baile el velorio de párvulos que hubiesen fallecido, sea cual fuese su edad ó suceso.

Artículo 2°. [...] los cadáveres deben ser inhumados dentro de las 24 horas siguientes al fallecimiento.

Artículo 3°. El dueño o encargado de casa que contrariase á lo dispuesto en los artículos anteriores, pagará una multa de mil pesos mon/cte. y cada uno de los concurrentes al velorio que tocase instrumento músico, cantase o bailase, cien pesos mon./cte.

Artículo 4°. Los alcaldes, tenientes y empleados de Policía, son responsables del cumplimiento de esta ordenanza [...] Porvenir [Rauch] (Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires, 29/03/1871).

Los cuerpos tampoco podían pasar por la Iglesia para recibir el responso final y los curas, por lo mismo, dejaban de recibir el pago que por ello les correspondía. Esto lo recomendaron las comisiones de higiene ante la epidemia de cólera de 1868 y directamente lo prohibieron ante los rebrotes coléricos, de viruela y fiebre amarilla de 1871. El gobierno de la provincia solicitó a la Iglesia la mayor responsabilidad en ello y ésta elaboró un decreto en el que establecía que,

Los cadáveres solo podrán ser conducidos a la puerta de los templos para hacerse el oficio de sepultura cuando no haya epidemia reinante y previo el certificado del medico de Policía o municipal de no proceder de enfermedad contagiosa. Procediendo el cadáver de enfermedad contagiosa los Curas harán el oficio de sepultura presente dicho cadáver en su mismo domicilio, no pudiendo permanecer sin inhumarse por mas de veinte y cuatro horas en ningún caso. Siempre, que exista alguna epidemia reinante el cadáver sera conducido directamente al cementerio desde la casa mortuoria (Archivo de la Parroquia Santísimo Sacramento de Tandil, 10/03/1871).

Sin embargo, la autoridad eclesiástica parecía no reconocer que “el domicilio del cadáver” en la mayoría de las ocasiones se encontraba a varias leguas del templo, en los bordes de algún cuartel del partido, lo que hacía casi imposible contar con la presencia del cura. Y mucho menos en tiempos de peste. No siempre respetado, generó más de un altercado entre municipales, jueces de paz y curas. El punto de discusión parecía ser quién tenía la última palabra sobre el muerto. ¿Era la autoridad civil que ejercía la medicina y práctica sobre el cuerpo? ¿Era la autoridad eclesiástica que podía colaborar en el destino final del difunto hacia una eternidad de descanso u otra de lamento? En este contexto, el juez de Paz de Las Flores envió una misiva al ministro de Gobierno de la provincia quejándose porque el

cura emitía órdenes para la exhumación de cadáveres perjudicando “el estado sanitario del Partido”, al tiempo que solicitaba “el procedimiento que debía observar” para tal caso.

El Señor Cura de este Pueblo Dn. Raimundo García en contraposición a lo dispuesto por el Superior Gobierno en circular de fecha 11 de abril está espidiendo ordenes de la Parroquia para la exhumación de cadáveres sepultados en varios parajes de este Partido que fueron muertos de del Cólera, cuyos restos solicitan los interesados sean trasladados al Cementerio de este pueblo y no habiendo accedido el que firma a varias peticiones hechas al efecto ni tampoco á lo dispuesto por el Sr. Cura referido en consideración que la práctica le ha demostrado, que aquellos restos no se hallan en un estado de disección pues hasta se les encuentra con sus vestiduras notándoseles al mismo tiempo un olor acre y por lo tanto perjudicial y nocivo á la salud y como si se exhuma uno han de presentarse con tal obgeto todos los mas de quinientos sepultos, sería una remoción que tal vez traera en esta época fatales consecuencias á este Pueblo y Partido [...] (Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires, 17/01/1873).

¿Faltaban brazos o cerebros para enfrentar las pestes? Aunque sobraban curiosos que se multiplicaban en épocas en las que la economía pasaba a un segundo plano, había una raya que no todos querían cruzar. La solidaridad tiene un límite psicológico y otro real, ambos en la misma persona. Tener miedo a contagiarse, fantasear con los embates de la epidemia en el cuerpo que arrastre a una muerte cruel, era uno. El otro era el contagio de la familia por quienes no medían consecuencias si eran llamados por un vecino para llevar una nueva víctima hasta lo del doctor o enterrarlo. La sepultura del ser querido arrastraba, en muchas ocasiones, las últimas monedas de su familia. Ante eso, el pago de un servicio básico a los que no contasen con dinero o proponer que se hicieran cargo sus patrones, como lo hizo el municipio de Las Flores, eran los únicos planes antes de quemar los cuerpos o que sus familias los abandonasen en el campo.

En marzo de ese fatídico 1868, el otoño trajo alivio a algunos pueblos como Saladillo, que al igual que Ayacucho contaban con algo más de 7 000 habitantes desparramados en el espacio. El facultativo, también inteligente y avispa pero con un título bajo el brazo, informaba al gobierno provincial que no había nuevos casos y que el resultado final era, dentro del paisaje desolador de la provincia, digno de festejo. Sin tener más que algunos datos de los pueblos vecinos, sin registros ni curvas imaginarias que se achataran confundiéndose con la pampa, el facultativo intuía que había ganado una batalla, pírrica quizá, pero necesitaba transmitir esperanza.

El infrascripto Dr. en Medicina y Cirugía nombrado por el Superior Gobierno de la Provincia para asistir en este Partido á los enfermos del Cólera con la obligación de hacerlo gratis a los pobres de solemnidad, da cuenta haber cumplido su ministerio, por cuanto el ultimo caso habido fue el dia siete del presente mes. El que suscribe da cuenta con la conciencia íntima, de haber echo cuanto ha sido posible con arreglo á la Ciencia, para salvar á los desgraciados que han caido bajo el peso de tan terrible enfermedad habiendo siendo favorecido por la Dibina Provindencia en su mision: pues solo han fenecido de los ataques del Cólera, un diez y siete por ciento, salvando por lo tanto un ochenta y tres. Habiendo finalizado su mision se permite manifestar al Señor Gobernador que ofrece sus servicios para en casos análogos u otros se digne se lo estima conveniente hacerlo con su ocupacion.

Dios gue. á Ud. muchos años. Vito Sorresso (Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires, 20/03/1868).

Tandil, lejos de las barracas, fábricas y el riachuelo, pero con gringos que no dejaban de llegar, no estuvo libre de los cachetazos de las epidemias. Como si una inmigración que no se asentaba en derredor del puerto no bastase, los porteños comenzaron a huir de la ciudad hacia los cuatro puntos cardinales. Imaginaban la peste corriendo detrás de las carretas, pero iba encima, bajo bolsas de harina o en el cuerpo de alguno de ellos. La sanidad no era el fuerte de aquel

pueblo que, como un grandulón jugando a las escondidas, no alcanzaba a camuflarse dentro de un pequeño valle. Los colonos ayudaron a que los encuentre el cólera, luego la fiebre amarilla y más tarde la viruela –que llegó a las tolдерías cercanas como un gualicho–, la difteria y el sarampión. El doctor Fuscchini hizo magia hasta que finalmente arribó otro facultativo en la década de 1870. Como no dormía, cuidando pacientes o preparando medicinas, también había perfeccionado y fundado la Sociedad Filantrópica de la Caridad, de carácter mutua y que poco a poco irían replicando los pueblos de alrededor con el objetivo de “socorrer á los socios en los casos de enfermedad y sus consecuencias”, así como “conseguir todo o cualquier objeto plausible de mutua utilidad que no pudiera conseguirse aisladamente”. Poco después aparecería la botica de Jaca. Dos experimentos de botica en la década del sesenta habían sido clausurados por el municipio, seguramente en momento de diarreas, tos y fiebres que un ramo de hierbas de la sierra alta podían aliviar, tal vez a causa de las competencias políticas que describe el texto de Paz Trueba para el caso de Rosario y Buenos Aires. El mayor problema, si es que se puede armar un podio de obstáculos desde el presente, era la ausencia de medicamentos, esos frascos marrones añorados por médicos obligados a convertirse en psicólogos de los deudos en momentos de crisis sanitarias. Un frasco era un aliado indispensable, que superaba las hierbas en la mente de algunos vecinos, especialmente los extranjeros. Aquellos se marchaban aliviados antes de haber tomado una cucharada en la que ni el mismo médico confiaba. Los nativos necesitaban soluciones prácticas, similares a las que tomaba cuando se mancaba su caballo y buscaban el revólver escondido en el ropero. El criollo pobre con un dolor de cabeza insoportable o una pierna violeta no aceptaba algo distinto a un sangrado. La herida en un brazo que producía fiebre desde unos días atrás no resistía mayores tratamientos antes de ser amputada con el consentimiento y ruego del paciente.

Como en el resto de los pueblos mencionados, en el valle serrano faltaban casas donde guarecerse al llegar, también puentes sobre

riachos que podían frenar una carreta varias semanas, mejoras en los caminos, un cementerio nuevo. Pero si la estructura edilicia era deficiente, la justicia dejaba mucho que desear y el aparato policial era ineficiente e inexperto, la sanidad era solo una palabra, apenas una idea. No había algodón, que se suplantaba por algunas hierbas del lugar ni alcohol, salvo en las botellas de ginebra. Lo más parecido a un bisturí hasta que llegó Fuscchini, era un cuchillito de cocina, que un rato antes de abrir una pierna para aliviar una mordedura o una vena que estaba por explotar había picado ajos y cebolla. La asepsia es un concepto tardío en la pampa; para muchos, el nombre de una nueva criatura en el vecindario. Un médico y un par de mujeres podían amputar una pierna con un hacha, sin tiempo para lavarla luego de trozar palos para hacer un corral. Así, aquella herramienta confundida, un día cortaba mimbres y al siguiente una pierna, pero más tarde partía una cabeza indígena o la de un borracho si se asomaba en la ventana de un rancho. Hacia 1870, en ese desierto sanitario, el armario del médico era más valioso que la caja fuerte del almacén de Ramos Generales de los Gardey. Aceite de hígado de bacalao, hierro para fortalecer a los debilitados, purgantes y magnesio, píldoras de Bristol para entonar el estómago eran oro en polvo, que se guardaban bajo siete llaves en un aparador de vidrio labrado que había trasladado el doctor desde el living de su casa al consultorio. Las novedades del pequeño mueble, al comenzar esa década, eran un remedio contra la sífilis y la gonorrea, que contenía nitrato de plata, opio y hasta morfina.

El pueblo había crecido. Un año antes del censo nacional sumaba 4 870 habitantes, la mitad asentada en la zona rural. Transitaba ese momento en que alguien no es chico pero tampoco adulto. Las autoridades esperaban llegar a quince mil habitantes en el conteo siguiente, pero el pueblo era como una cocina de rancho: entra una mosca y salen dos, otras vuelven a entrar y varias mueren de un golpe de repasador certero sobre las tablas de la mesa. La llegada de inmigrantes empujaba los números hacia arriba y la salud volteaba las cifras como castillos de naipes. Caían cartas con figuras de criaturas

y ancianos, al menos en los momentos en que el castillo se derrumbaba por una gripe o una fiebre amarilla y no por un malón. En este último caso se esperaba que cayeran los caballos de la fila del medio, quedando las sotas que usan pollera y lavan la ropa en el arroyo. Los peones, hoy de bombacha en una jineteada y mañana con una blusa azulina y un quepi agujereado, intentaban irse a las tolderías lejanas para estirar sus edades, donde irónicamente los trataban mejor que en sus pagos.

Hacía tiempo que los catrieleros, relajados en el paraguas político que brindaba mendigar una carretada trimestral de vicios en el Azul, mateaban sentados encima de un volcán. Faltaba saber cuánto tardaría la lava en quemarles el traste. El ejército había vuelto de Paraguay, encontró un presidente con una mano dura y con la otra libre para intentar civilizar esa zona bárbara que incluía a los catrieleros pero también a los milicos de los fortines, a mitad de camino entre ambas. Nadie quería hablar de lo que veía. Los gringos seguían llegando, zapateando encima de las tumbas colectivas que dejara como recuerdo la última epidemia. En 1871, alguien comenzó a enlazar la idea de gringos con masones y estos, con ataques a Dios, lo que llevaba a deducir a cualquier criollo, sin ser nieto de Aristóteles, que las pestes eran un castigo divino a los gringos que ligaban también los tandilenses. Era más sencillo comprender una idea compleja como aquella que unir la pérdida de sus puestos de trabajo con el tornado económico iniciado en una Inglaterra fabril que volaba techos de estancias, vacas, sombreros y lazos, pero no tocaba las ovejas.

Tandil hacía realidad el sueño alberdiano, despreocupado en épocas buenas, con un puñado de vecinos que acudían al problema cuando se quemaba un rancho o se desbordaba el arroyo. Aunque era una aldea, su vecindario pujaba para ser pueblo. Era un juego entre hermanos de distintas edades y sexos, con tantos momentos agradables como tensos. Poniéndose en puntas de pie y ensanchando los hombros que apretaban las sierras como un saco chico, Tandil tenía un andar lento, medieval, que alteraba pocas veces a lo largo del año. Su dinámica era la de un homiguero. Algunas veces, con

menos vértigo que miedo, supo soplar un viento que comenzaba despacio en la casa del médico Fuscchini y se convertía en un vendaval que en vez de Zonda se llamaba fiebre amarilla. Al primer alarido el vecindario salía envalentonado de sus ranchos, pero al toparse con un problema con paños mojados en la cabeza y manchas en la piel frenaba, especulaba sobre un contagio que dejaba cinco chicos sin padre o una madre sin esposo. Se movía medio hormiguero, pero a lo de Fuscchini llegaban pocas hormigas, generalmente obreras, esas que juntaban palitos todo el año y les daba lo mismo ocho que ochenta. En los almacenes, el rumor de que en los primeros meses de 1871 la fiebre amarilla había matado más de 13 000 personas en la ciudad de Buenos Aires sacudió los espíritus de las comisiones vecinales que acompañaban el esfuerzo del médico, el de los curas encargados del cementerio, el de las familias de los que ya habían muerto con el cólera. Ni siquiera perdonó al líder de los irlandeses en estas tierras, el infatigable sacerdote Antonio Fahy, quien cabalgó al ritmo de la expansión de la frontera por casi tres décadas procurando llevar “los auxilios espirituales” a todos sus connacionales”.

[...] en la noche del jueves 16 de febrero, asistió á la cabecera de una pobre italiana en la calle Cochabamba que estaba muriendo de la fiebre amarilla, y al volver a su casa se sintió acometido por los síntomas de la epidemias. Se mejoró un poco el domingo [...]. Sin embargo murió á las 4 de la mañana del lunes, á los 65 años de edad(Revista Argentina, Tomo X, pp. 599–600).

El poder estatal que le correspondía a un pueblo se desparramaba en comisiones vecinales que hoy juntaban dinero para faroles, mañana para hacer una capilla, pero pasado para una epidemia. Y así, el pueblo mejoraba o al menos no volvía a foja cero. Ese era el progreso que pocos veían hasta que lo necesitaban. Era algo que unos pocos disfrutaban y el resto no alcanzaba a sentir antes de perecer, ya por estar lejos de un pueblo pujante como Tandil o ser un desgraciado al que nadie le fiaba ni un azufre para sacarse de encima los parásitos.

Era el buscador de oro que regresaba del final del arco iris esperado por gente que presentía que en el cofre encontrado no había nada para ellos. Lo mejor que le podía pasar al vecindario pobre era que el buscador nunca volviese, que la caminata vespertina hasta el borde del pueblo a mirar hacia el norte fuese una rutina eterna. ¿Cómo no iban a acudir los paisanos pobres o alejados del pueblo a las tolderías o a cualquier vecino que supiese algo de curaciones con yuyos? Un chamán o una machi escayolaban una fractura y hasta hacían diagnósticos con cánulas vegetales que introducían en el estómago para ver las secreciones y de ahí deducir qué órgano fallaba.

Ello explica la presencia de cuatrocientas personas acudiendo cada día al rancho hospital de Solané desde fines de noviembre de 1871. Su sapiencia y popularidad acarreada desde Tapalqué y Azul se asociaban a la fiebre de vómitos negros que acababa de irse. Sin saberlo, sin políticas públicas, sin saber leer, la gente llegaba instintivamente a ese topónimo llamado prevención. Ninguno de aquellos sabía quién había sido Tucídides ni escuchado que había que mirar el pasado para no repetir errores, pero intuía que para frenar el cólera o cualquier otra peste había que hacer caso al primer síntoma. Sin embargo, aquel amontonamiento social en lo del curandero Gerónimo Solané inquietaba a Fuscchini y a las autoridades municipales. Cuando llegaron los primeros calores recordaron las pestes de años anteriores y prohibieron, desde mediados de diciembre, la masividad en torno al rancho hospital de Tata Dios, en campos de Ramón Gómez. Los estratos altos leían la frase de Tucídides pero pasaban rápido de página para llegar al capítulo de Maquiavelo.

La vida en la pampa decimonónica era parecida a una doma. El ideal del jinete era que se canse el caballo antes de que lo tire. Muchos criollos pobres, encerrados en un fortín durante años con la seguridad de que perderían sus familias, aceptarían que los tire pero que también les pise la cabeza para ahorrarse una década postrados en la más absoluta soledad. Para medio pueblo, incluyendo a las mujeres, no existía la opción de no subir al equino salvaje. Los pudientes montaban pingos domados por aquellos, sin saber cuántos habían

quedado tullidos o muertos en la intención. Los gringos eran entonces gente de a pie, caricaturizados por José Hernández en su defensa de un nativo desarropado que había cabalgado en el vientre de una madre embarazada y nacido antes, luego de un galope hasta lo de Fuschini que se debatía entre salvar a la parturienta o a la criatura.

Enfermarse, curarse o no, morir, ser asistido por un cura en las últimas horas o delante de una cruz torcida en una tumba que hicieron los vecinos, era un aspecto del horror en los tiempos del cólera. Pero también de un amor apenas bosquejado que flotaba en ranchos con piso de tierra donde entraban mujeres cargando baldes y trapos, el “inteligente” dando ánimo con su presencia, un cura que forzaba sonrisas y apretaba puteadas cuando se iba una madre de niños que gateaban entre muebles escasos y pucheros mal disimulados de un marido que se negaba a llorar.

Los que quedaban en el andén

A lo largo de la historia, la información y el rumor reúnen distintos móviles, se paran en cimientos más o menos sólidos, atienden intereses diferentes, incluso necesidades cotidianas. Saltan de boca en boca en Homeros que escucharon una noticia en el puerto o una taberna y los trasladan a lo largo de un valle, cruzan montañas, trepan montes llegando a todos los rincones donde iluminan rostros o chocan con gestos de desinterés. El primer contagiado de una epidemia no despierta la réplica de campanario de una matanza como la de Tandil de 1872, pero cuando los contagios se multiplican, las frases de alguien que se asoma en el almacén o interrumpe un grupo de paisanos que descansan de una tarea se convierten en un estallido de cristal. En 1347 los lugareños de distintos rincones de Europa se guiaban por los dichos de carreteros o grupos de personas que dejaban sus pueblos cargando criaturas que colgaban como muñecos. Unos días después, las hileras de humo donde quemaban cadáveres eran señales que los decidía a cambiar de rumbo o acelerar el paso.

En la frontera pampeana, pueblos como Tandil, Azul o Las Flores tomaban la información del avance del cólera de un sabiondo que leía el diario en una fonda, comentándolo con el propietario antes de pagar y marcharse más al sur. Las carretas que retrasaban el regreso a Buenos Aires con sus cargas para vender eran titulares claros para cualquier analfabeto. Las corridas del médico a los ranchos de los que conocían yuyos para provocar vómitos o frenar diarreas, además de aliviar calenturas, eran noticias de un periódico imaginario que no necesitaba leerse y cuya foto de tapa era ese médico corriendo hacia el bajo, cargando un balde, arremangándose el delantal.

Al igual que cuando un tren sigue camino luego de haber estado en un pueblo, los familiares de las víctimas quedaban anclados en un andén con atmósfera de cementerio. Si los conjuntos sociales no suelen estar preparados para enfrentar la irrupción de una peste a través de sus gobernantes, tampoco lo están para reponerse del impacto de aquella en su cotidianidad. Pocas personas están preparadas para sobrellevar la muerte de un familiar; ninguno si aquella es traumática, vertiginosa e inexorable. La ausencia –o abandono temporal– de políticas públicas sanitarias era un portón que solía quedar abierto a las pestes. En épocas de bonanza la construcción de hospitales o sus refacciones, al igual que la preparación de profesionales, suelen pasar a renglones lejanos de las prioridades. Ello se agrava en momentos de enfrentamientos bélicos –en Argentina un largo período (1820–1880)– donde el presupuesto era absorbido por armas, equipamiento de tropas, ganado para el traslado y consumo en campañas, sueldos, etc. Las epidemias de cólera, luego de fiebre amarilla y viruela, suceden en la última etapa de un largo y sangriento período posterior a la independencia del país.

Cuando la peste parte como una locomotora rumbo a otras localidades –en ocasiones corrida por una estación climática que no la favorece–, los hogares afectados sufren la desolación y orfandad psicológica que vuela sus techos de paja. En ese momento, la toma de decisiones para evitar otra visita eventual en un futuro que puede no ser lejano, se diluye en la recomposición de actividades económicas

y sociales. Un juez de Paz pampeano, heráldico y con poca propensión a la sensibilidad social en su comarca, enfrentaba problemas puntuales, achicando la mirada a esas familias pero sintiendo el rumor que aturdió al resto. Entonces mandaba a reforzar el muro del cementerio o los sitios donde debieron improvisarse enterramientos, controlar la higiene de fondas y almacenes, enviar un policía a visitar al dueño de la chanchería, solicitar que le avisen cuando llegue cada diligencia con forasteros. Maquillajes parecidos a tarjetas de pésame que iniciaban un período incierto hasta la próxima catástrofe viral, inundación, sequía o visita de indígenas para reclamar algún pacto incumplido. La parroquia de cada pueblo, con menos recursos que intenciones, también intentaba paliar angustias y contener en los bordes de cristal de la fe a sus feligreses.

Como ciertos verbos, las epidemias tienen pasado, presente y futuro, pero los que las padecen apenas pueden resolver su cotidianidad, al recordar experiencias anteriores o imaginar la bienaventuranza de un retorno a la normalidad. El día de la muerte de un ser querido, ese zamarreo inesperado del presente, debió sellar la pequeña hoja del almanaque con un santoral mirado cien veces pero que poco pudo ayudar. Devenidos en pensadores griegos, algunos familiares deben haber alcanzado cotas existencialistas profundas, difíciles de compartir en su entorno. Otros solicitarían ayuda al cura, en el que caía la responsabilidad de ser observado como administrador del mundo de los muertos, herencia egipcia del viejo Osiris, gerente del inframundo. El alcalde Cisneros adelantaba al ministro desde Las Flores que el permiso del cura García Tizón para exhumar cuerpos enterrados en los campos y trasladarlos al cementerio no era prudente desde el punto de vista de las escenas que observaba el vecindario, sino también

[...] en razón a que pudiera declararse alguna enfermedad epidémica a más de la que actualmente tenemos que es la viruela. A poner en conocimiento del señor Ministro este incidente lo hago con el benéfico objeto de que si usted lo tiene a bien se digne ilustrar al que firma

en el procedimiento que ha de observar en mérito de todo lo relacionado, para con ello evitar desagrado y disgustos que el que firma a todo trance desea evadir. Con este motivo tengo el honor de reiterar al señor Ministro las consideraciones de mi respeto.

Firma, Apolinario Cisneros (Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires, 17/01/1873).

Y el ministro le respondía:

Contéstese que debe estar acorde a lo resuelto en el decreto del 11 de abril de 1870 que le acompaño por segunda vez en Circular de 16 de agosto del año ppsa y que ahora se le remitirá para su exacto cumplimiento en la parte que le corresponde.

Firma Alcorta (Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires, 23/01/1873).

El cura García Tizón no pudo frenar la avalancha de vecinos que buscaba aliviar su culpa por despedidas sin velorios ni rezos de seres queridos a la que empujaban los posibles contagios. García tampoco estaba preparado para una epidemia como la que llegó a ese y tantos otros pueblos. Pero no pudo cerrar las puertas de su modesta parroquia a quienes solicitaban cambiar los cadáveres de lugar, replicando una práctica antiquísima de la humanidad que los antropólogos conocerían un siglo más tarde como enterramiento secundario. El encargado del partido de Las Flores, Apolinario Cisneros, le escribió al ministro Alcorta para que frene aquella práctica, aterrado por la posible aparición de una nueva epidemia.

No lejos de allí, al cumplir medio siglo de vida, el vecindario tandilense sopesaba soluciones similares a los reclamos en Las Flores. Inicialmente los entierros se hicieron dentro del Fuerte Independencia, pero a poco de andar, el cura, el comandante y algunos vecinos influyentes, escogieron un predio distante a 300 o 400 metros del paredón sur de la fortaleza, buscando paz para aquellas almas y alejar las alimañas que hurgaban irremediablemente en el lugar. La vida era difícil en el día a día, pero la muerte, era un espejo roto de

aquella, presentándose como una vuelta de página de almanaques que no había en todos los ranchos pero sí en todas las cabezas. Entonces llegaron los gringos, lentamente desde mediados de 1840 y en forma creciente desde la década siguiente. A mediados de 1855, con la secesión porteña de fondo y un sitio del cacique Yanketruz durante cuatro días que resguardó vecinos y animales que alcanzaron a llegar a ese arca de Noé con muros de piedra, los extranjeros rompieron reglas de juego improvisadas, endebles, incorporándose a la comisión municipal. Sin consultas ni consensos, el inmigrante danés Juan Fugl enterró connacionales en su chacra mientras pudo, pero fue llamado al orden por la Corporación (Larsen, 1989, p. 354). Luego intentaría idéntica solución en los alrededores de la parroquia protestante que comenzó a construir, aunque sin un mapa a mano, demasiado cerca del corazón del poblado. Por fin, cuando en 1872 se decide cambiar de lugar un camposanto que malones, epidemias y muertes frecuentes en la frontera habían saturado, el pastor Fugl consiguió el ansiado permiso para construir un espacio étnico para sus muertos, endogámico, y replicó la experiencia de rebaño en el que se afanaban él y otros líderes menores en las calles angostas de la aldea.

Al momento del Primer Censo Nacional, en 1869, la inmigración en Argentina hacía casi veinte años que era una realidad. Amontonados en el corazón rioplatense, desbordando proyectos de vida hacia el oeste, el sur y cruzando el Salado, los pueblos crecían multiplicando oportunidades. Buena parte de estas buscaban armar el escenario, ya construyendo viviendas con los pocos recursos naturales a mano, ya improvisando elementos indispensables como puentes, apertura de calles, una parroquia, la primera botica para no depender tanto de que alguien junte yuyos en las sierras, una escuela para que los niños no solicitasen que alguien les lea un papel ni firme por ellos al peinar canas.

Opacando la vieja imagen del inmigrante ávido de tierras, había más ladrilleros, hojalateros, zanjeadores, comerciantes, zapateros, planchadoras, lavanderas, pastores y hasta jornaleros, que terrate-

nientes. Era indispensable que los extranjeros colaborasen en armar el escenario local antes de actuar, con libretos improvisados, mezcla de lo que habían visto en sus pueblos y sierras, observando la simpleza de los ranchos, la abundancia de lugar y falta de árboles, climas extremos y aldeas desordenadas. A priori, el primer paseo por el pueblo les mostraba necesidades materiales elementales. Imitando bandadas de aves migratorias, los europeos que cruzaron al Nuevo Mundo también intentaron prever momentos de una empresa tan hostil a los pioneros. El cálculo del clima al llegar, intuyendo que no tendrían vivienda, fue básico. Los primeros fríos casi siberianos alargaban los días para terminar de techar una alquimia de rancho, caserío, toldería tehuelche e iglú donde guarecerse. El calor del verano, que despertaba tábanos y yaras, no era época de relajarse, aunque sí de dormir bajo un carro hasta terminar la vivienda o sobre el mostrador de un comercio a cambio de trabajo. La rentabilidad de la tierra que demandó ríos de tinta, no era equiparable a oficios fundamentales en un pueblo nuevo. Tal el caso del carpintero Manuel Letamendi, “quien tuvo que afanarse mucho para fabricar una buena cantidad de féretros en 1854, cuando delimitado el cementerio hubo que trasladar los cadáveres enterrados aquí y allá [...]” (Fontana, 1947, p. 87). El horizonte material imaginado por aquellos forasteros cuyo estatus no duraba más de una década, era superar el esperable en sus lugares de orígenes. Un espacio precapitalista como fue el de la frontera hasta casi el último cuarto del siglo XIX, abría puertas a oficios altamente rentables cuyas herramientas cabían en una maleta y podían monopolizar en poco tiempo.

El camposanto a 400 metros del Fuerte aún en pie no era un problema importante para la aldea. El vecindario crecía en direcciones contrarias a ese sur que presentaba una pequeña sierra a sus espaldas, una especie de lápida gigante sobre el conjunto de tumbas desordenadas. Un irlandés o un vasco podían creer que habían vuelto a su tierra y se detenían frente a un megalito, el túmulo de una tumba colectiva neolítica. El muro que se construye entonces para delimitar el espacio de los enterramientos, obligó a trasladar cajones de

finados, tarea que duraría alrededor de dieciocho años. Letamendi, que fabricaba sillas o mesas para que los vecinos no comiesen de pie o se sentasen en incómodas caderas de ganado vacuno, consiguió un nombre y un lugar social dos décadas más tarde, cuando hubo que emplear aprendices para ampliar y abastecer ese rubro. Los ladrilleros vascos también estaban en la mirada y el comentario del pueblo; en marzo de 1859, a poco de pacificarse nuevamente el tema indígena y de acabar la separación de la provincia con el resto de país, “los ediles municipales [tandilenses] se quejan que Ramón Miguélana, Pablo Garrasa y José Otero no han entregado ladrillos para el cementerio en la forma convenida, decidiéndose a conminarlos a la entrega” (Fontana, 1947, p. 77).

Un muro pequeño en una parcela de dos hectáreas no podía conllevar cinco años. En momentos de epidemias y malones lejanos, los ladrillos eran prioritarios para viviendas y edificios. El país tenía un déficit habitacional pronunciado, equilibrado al principio con tanta muerte y una llegada lenta de oleadas de extranjeros. Pero a fines de la década del sesenta, los extranjeros y criollos que dudaban en ir a la frontera, hicieron las maletas con los primeros muertos del cólera y luego la fiebre amarilla. A principios de 1872 se encargó a los españoles Juan Bicondo y Miguel Maritorena 250 000 ladrillos para el cementerio tandilense proyectado (Fontana, 1947, p. 103). A las epidemias se sumaron treinta y seis muertes en una sola mañana de enero, lo que hacía imposible no recordar los contagios que aún rondaban en las conversaciones del vecindario. Mientras que el muñón del Estado local no tenía recursos humanos ni asistencia básica para una zona diez veces más grande que cualquier pueblo ordenado, al juez de Paz tandilense que observaba el rancherío marginal se le cruzaban impulsos de Nerón para terminar con el problema.

En medio de la epidemia se acrecentaba el número de huérfanos, los hombres juntaban el ganado de los que habían marchado hasta que se decidiese qué hacer con él, los más viejos entraban a los ranchos y quemaban ropa en un descampado. Como niñas de Ayohuma y sin generales que les ordenasen nada, decenas de mujeres de aque-

llos pueblos ponían trapos mojados en los moribundos, rancho por rancho.

Ocuparse de los vivos y los muertos, de los desamparados. Una agenda sin descanso para muchos y, de tanto en tanto, un impropio que retumbaba en el pueblo cuando alguien encontraba un vecino emborrachado o escapando a una obligación. En Tandil, las matanzas de extranjeros del 1° de Enero de 1872 desbordó el vaso, hizo tomar cartas en el asunto a locales y foráneos. Treinta y seis cadáveres en el pórtico del municipio con temperaturas elevadas y una multitud de curiosos que se acercaban a las carretas aceleró decisiones. Cambiar el cementerio de lugar era una, buscar médicos que le diesen una mano a Fuscchini, otra; traer un boticario que complementase las ramas de verbena y San Pedro, no era un tema menor. La creación de una sociedad mutual que reemplazase las escasas habitaciones del consultorio del médico, imprescindible. Aquello replicaría cubrir otras ausencias sin demora. El cementerio no podía quedar librado a manos de Dios ni sus secretarios terrenales, pero menos al cuidado de cada vecino que cortase el pastizal alrededor de la tumba de un familiar. Un zanjeador podía cavar una tumba, pero cuando fueron treinta y pico en pocas horas, además del traslado de los muertos recientes que reclamaron sus familiares, hizo falta un sepulturero permanente. También colaboradores para que el carpintero Letamendi se convirtiese en el hijo bíblico de José y multiplicase féretros en vez de panes. Conseguir carreteros que buscasen madera en el Tuyú no era tarea fácil. La opción de una sábana blanca que los convirtiese en finados orugas era la última, aunque siempre mejor que el fuego.

La epidemia, música solemne que reemplazaba un cielito y aquietaba ritmo de botas, cambiaba el espíritu del escenario. El drama desplazaba la comedia, empujaba cualquier risotada lejos del case-río. Aunque el cansancio provenía con el estancamiento del virus en un poblado, los vecinos ponían el hombro, escuchaban a los inteligentes o tomaban riendas en los que se consideraban competentes. De todos modos, una coyuntura deficitaria en múltiples aspectos

demandaba experticias poco complejas. Una epidemia era la peor de las visitas, situación que se agravaba si llegaba en época de sequía. Un oficio frecuentemente asignado a irlandeses y vascos en buena parte de la pampa húmeda ha sido el de pocero, indispensable para la construcción de viviendas y pozos de agua, tanto en la zona urbana como rural, y sobre todo para la realización de jagüeles para el ganado (Fontana, 1947; Mac Cann, [1853] 2001; Panetieri, 1987; Sbarra, 1973). Aunque esta actividad era demandada en toda la provincia, la escasez del vital elemento engrandecía la figura de los poceros especialmente en algunas regiones, especialmente las más secas.

Los jagüeles más interesantes son los de la provincia de La Pampa, perforados por poceros vascos... Terminada la conquista del 'desierto', el problema más inmediato y árduo que tuvieron que afrontar los colonos –eúskaros, italianos y franceses– fue el del agua, pues que aparte de su escasez, se la hallaba a grandes profundidades: más de 150 metros en la parte norte y sudoeste (Sbarra, 1973, p. 163).

El reducido número de vascos poceros y zanjeadores que registran las cédulas censales en distintos pueblos de la provincia no concuerda con las frecuentes citas bibliográficas sobre los vascos 'monopolizando' esa actividad (Sbarra, 1964, p. 82). Sin embargo, y en la creencia de que aquel oficio debió ocultarse en el rubro jornaleros, "alrededor de 1858, cuando el fortín de los Tres Arroyos agrega una nueva avanzada hacia el sur, los vascos del Tandil cavaron su foso" (Fontana, 1947, p. 108). ¿Era el oficio de zanjeador la tarea principal de aquellos vascos? ¿Era una más entre tantas? ¿Eran tan conocidos en la zona por su oficio que les ofrecieron cavar el foso de un fortín?¹¹ En 1869, cuando gente de la municipalidad de Tandil buscaba un hombre que se responsabilizara de la atención del cementerio por 400 pesos mensuales y 30 pesos por cada fosa que abriera de cin-

¹¹ Muchos de los vascos que se quedaron a defender el Fuerte Independencia durante el ataque indígena de 1855, se encontraban allí ocupados en tareas de reconstrucción –posiblemente en sus fosas– y apuntalamiento del mismo.

co cuartas de profundidad, se presentó Pedro Hegoburu, el que por muchos años libró al pueblo del nerviosismo que siempre le produjo el estado de su necrópolis. El vasco Hegoburu –que sin duda estuvo en el comentario de todos los tandilenses–, de 55 años, declaró ese mismo año ser “jornalero”. Seguramente hacer pozos y zanjas eran tareas adicionales que podía realizar cualquier trabajador afectado por la estacionalidad característica de las actividades principales. En una epidemia, no había expertos que le quitasen la pala al padre o esposo de un fallecido que se afanaba en hacer la mejor tumba, estirando un vínculo que se volvería inevitablemente difuso al bajar por la loma del camposanto al rancho donde ahora sobran cosas.

A modo de epílogo

La epidemia, visita inesperada, no golpea las manos en la puerta de cada casa, sino en la entrada de cada pueblo.

Como un barco a la deriva, la peste suele atracar en puertos con poco control, muelles desvencijados que llevan directo al corazón del pueblo atravesando barriadas pobres. La traza urbana decimonónica, proyectos supuestamente pensados para tener agua cerca pero también evitar catástrofes, solía dedicar parte sustancial del esfuerzo a reservar la acrópolis donde proteger la élite local, dejando librado al azar al resto. Un Estado nacional y provincial conformado por cien familias, ubicó las piezas importantes del ajedrez en cada tablero antes de la partida. Vivir cerca del fortín y el arroyo, en acaso la única lomada de esos rincones pampeanos, era ideal. Ello invita a imaginar la ruta de las pestes en un plano, derroteros donde un pirata sin parches ni patas de palo saqueó vidas a su paso. Llama la atención, a propósito de estas metáforas que abren las conclusiones, la humanización del virus. Es frecuente escuchar comentarios sobre “este bicho” que pareciese jugar una partida de ajedrez con el homo sapiens sapiens, empecinado con dar jaque mate a los sectores populares sin pisar countries ni barrios acomodados. En el mismo

renglón, opacando la realidad de capitalismo voraz que ha convertido grietas en abismos sociales, la naturaleza suele ser otro recurso a mano para no enfocar el verdadero problema e intentar resolverlo. De tanto en tanto, se escucha aquí y allá, “la naturaleza se harta de nuestros abusos y nos pega un cachetazo”, frase que simula una pelea a oscuras que impide reconocer al verdadero golpeador. El hombre, síntesis no menos errónea de enfocar la tala indiscriminada de bosques y selvas o el uso intensivo de un suelo que se agota, es otra manera de sumarnos a un colectivo que hace tiempo nos dejó a pie para seguir su marcha con apenas un puñado de personas aunque cuente con muchos asientos vacíos.

Aunque hubo virus cerca de los humanos desde los primeros bosques sociales, hace relativamente poco que se implementan políticas de prevención, controles de frontera y establecimientos para contrarrestar la irrupción de una peste, como los capítulos de Ramaciotti y Testa, Molinari, de Paz Trueba y Masán en este mismo libro refieren en relación con diversos momentos y enfermedades. Los Estados arcaicos, pongamos por caso Mesopotamia y Egipto, trazaban políticas con mentalidad imperial, paneos que observaban tierras y campesinos propios o conquistados, líneas imaginarias donde se podía improvisar un cortafuegos quemando aldeas o matando a sus propios tributarios ante la llegada de una plaga. Más tarde, una Roma con su corazón patricio, espacioso y agua fresca, además de cloacas, se rodeó de plebeyos que tomaron las armas para expandir la nación perdiendo sus tierras, que nutrieron de vasijas y platos de cerámica a sus vecinos o se convirtieron en clientes que, sin tierra ni oficio, esperaban un mendrugo de pan en el pórtico de un senador al que luego acompañaban en la agenda diaria. Algo similar, con más espacios públicos y campos, sucedió en Grecia, aunque allí la epidemia más importante vino de la mano de soldados en una guerra demasiado larga y difícil de sostener lejos de casa. La comparación con los soldados argentinos volviendo de Paraguay en época de Sarmiento es solo un ejemplo para sumar a la lista. Acaso la movilidad sea una variable vital en el devenir histórico de las epidemias, en

sus complejidades, avances hacia un creciente poder de adaptación a climas y geografías. Ello nos anima a pensar, desde un punto de vista puramente analítico, si acaso desbordar como especie el nicho africano en el que evolucionamos hasta Erectus, no es la punta de una larga mecha que explota hoy en distintos puntos del planeta. No es necesario volver sobre la gripe que viajó con los conquistadores a América hace quinientos años ni la Inglaterra fabril y el hacinaamiento que demandó tantos litros de tinta como de sangre y vómitos. Los enterradores de las zonas industriales supieron de pestes y contagios, de desembarazo rápido de aquellos cuerpos lidiando con familiares.

Es imposible, llegados hasta aquí, no relacionar –aunque sin extendernos en ello– las pestes con el desarrollo y agotamiento –acaso mutación– del capitalismo. Nos referimos a esa fase del sistema que desplaza multitudes a la periferia, a la supervivencia en medio de hambrunas inimaginables, pórtico ideal a virus que encuentran cuerpos debilitados. Espacios de tránsito ligero para las pestes que forman parte funcional de escenarios mayores, con zonas donde sus moradores bien alimentados y con sanidad privada permanecen en la segunda valla a saltar por la epidemia. Y allí es imposible no incorporar al Estado, a distintos gobiernos con ideas liberales o inclusivas en una Latinoamérica siempre tironeada o inducida por alguna potencia a recortar gastos esenciales para el conjunto. No es casual que las organizaciones sociales acudan más rápido que los organismos estatales a socorrer a las víctimas de la periferia, al porch de la ciudad, esa rayuela cruel donde los niños comienzan el juego esperando llegar al cielo y terminan en el infierno. Irónicamente, amontonamientos de viviendas precarias sin porch, donde el living se arma cada día con dos o tres sillas en la pared que calienta el sol.

Las epidemias a lo largo de la Historia nos muestran diferencias propias de cada época –mejora en los traslados, en la sanidad, estado vial y comunicaciones– pero también elementos en común. Hemos puesto atención en la ausencia de prevención, en políticas que lejos de ser de Estado sufren altibajos y relajamientos en épocas de bo-

nanza, destinando sus presupuestos a lo económico, la política o el embellecimiento de sectores de esos pueblos y ciudades. La salud y la prevención, además de la posibilidad de una epidemia, no suelen aparecer en los primeros renglones de muchos países, especialmente a partir del aumento de gobiernos liberales atentos a privatizar aquel y otros rubros tan importantes como la educación y la vejez.

También hemos observado, con cierta ligereza, los mecanismos psíquico–sociales del fenómeno de la pandemia. El miedo creciente, el terror de la visualización de los primeros casos, la soledad de los familiares ante el arrebato de los cadáveres y la ausencia de ceremonias básicas. Pero también la intervención espontánea de vecinos que colaboran sin cuestionar si una tarea les corresponde o acaso debería cubrirla el Estado. La pandemia actual, tan distinta y distante de otras, incluso las del reciente siglo XIX, nos muestra una bisagra en cuanto a la movilidad de los humanos y el contagio planetario en poco tiempo, en la postura frente a la pandemia de algunos grupos que podríamos tildar de anarco sanitaristas, en la diferencia abismal en las políticas sobre el fenómeno entre gobiernos neoliberales y aquellos tildados de populistas, aunque en realidad se trate en muchos casos de gobiernos inclusivos y progresistas. Si en los techos de los primeros aparecen representantes de una derecha camuflada de republicanismo que representa a los sectores económicos poderosos, en la base de los populismos latinoamericanos brota la solidaridad de merenderos y voluntarios como agua de manantial. La ciencia desplazando a la fe –a excepción de los curas villeros que dedican más energía a buscar harinas que a rezar–, no es menos novedosa, pero vuelve a dar otra puntada que nos topa con Tucídides, el primer hombre que explicaba los sucesos de sus coterráneos sin la intervención de los dioses. La carrera internacional por obtener la vacuna con visos de guerra fría es la frutilla podrida de una torta agria y desabrida, tan distinta al modesto pero sabroso pan casero amasado y compartido en improvisados livings barriales de los márgenes de un agónico capitalismo.

Bibliografía

AA.VV. (1991). El cólera en la Argentina. *Todo es Historia*, 286, 12–49.

Alcorta, Santiago (1873). El juez de Paz de Las Flores sobre exhumación de cadáveres [Respuesta a Apolinario Cisneros 23 de enero de 1873]. AHPBA, FMG, legajo 2, expediente 42, folios 4–5. Buenos Aires.

Aneiros, Federico (1866). [Nota del secretario del Arzobispado de Buenos Aires, Federico Aneiros, al cura vicario del Tandil]. Archivo de la Parroquia Santísimo Sacramento de Tandil [APSS], folio 1. Buenos Aires.

Aquarone, Nicolás (1868). Nota del cura de Zárate pidiendo remedios para el cólera. [Carta al vicepresidente Alsina] AHPBA FMG, legajo 5, expediente 487, folios 9–10. Buenos Aires.

Archivo de la Parroquia Santísimo Sacramento de Tandil [APSS] (1871). [Circular. Al Sr. Cura Vicario de Tandil, 29 de marzo de 1871]. APSS, folio 1. Buenos Aires.

Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires, Dr. Ricardo Levene [AHPBA]. Fondo Ministerio de Gobierno [FMG] (1868). Sobre desarrollo del cólera en Arenales. [Carta a Nicolás Avellaneda, legajo 2, expediente 180, folios 5–6]. Buenos Aires.

Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires, Dr. Ricardo Levene [AHPBA]. Fondo Ministerio de Gobierno [FMG] (1969). Sobre construcción de un cementerio y una capilla en General Alvear [Solicitud al gobierno provincial de Buenos Aires]. AHPBA FMG, legajo 15, expediente 1120, folios 2–3. Buenos Aires.

Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires, Dr. Ricardo Levene [AHPBA]. Fondo Ministerio de Gobierno [FMG] (1873). El Juez de Paz de Las Flores sobre exhumación de cadáveres [Carta al ministro de Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, 17 de enero de 1873]. AHPBA, FMG, legajo 2, expediente 42, folio 3. Buenos Aires.

Armaignac, Henry ([1883] 1976). *Viaje por las pampas argentinas. Cacerías en el Quequén Grande y otras andanzas. 1869–1874*. Buenos Aires: Eudeba.

Avellaneda, Nicolás (1868). [Respuesta al presidente de la Municipalidad de Arenales]. AHPBA FMG, legajo 2, expediente 180, folio 7. Buenos Aires.

Caja Municipal de Tandil (1869). *Planillas de Entradas y Salidas*. Tandil: (s/d.).

Cisneros, Apolinario (1873). El juez de Paz de Las Flores sobre exhumación de cadáveres [Correspondencia al ministro de Gobierno, 17 de enero de 1873]. AHPBA, FMG, legajo 2, expediente 42, folio 4. Buenos Aires.

Diario El Nacional (1871).

Diario La Nación (1871). Buenos Aires

El Monitor de Campana (30 de octubre de 1871). Ausilios espirituales. *El Monitor de Campana*, 19.

El Nacional (23 de marzo de 1871). Novena. (s/d.)

Fiquepron, Maximiliano (2017). Los vecinos de Buenos Aires ante las epidemias de cólera y fiebre amarilla (1856–1886). *Quinto Sol*, 21 (3), 1–22.

Fiquepron, Maximiliano (2018). Lugares, actitudes y momentos durante la peste: representaciones sobre la fiebre amarilla y el cólera en la ciudad de Buenos Aires, 1867–1871. *Historia, ciencia, saude–Manguinhos*, 25 (2), 335–351.

Fiquepron, Maximiliano (2020). *Morir en las grandes pestes. Las epidemias de cólera y fiebre amarilla en la Buenos Aires del siglo XIX*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Fontana, Osvaldo (1947). *Tandil en la Historia*. Tandil: (s/d).

Fresco, Modesto (1868). Sobre gastos del lazareto de Dolores [Carta a Nicolás Avellaneda]. AHPBA, FMG, 28/01/1868, legajo 2, expedientes 159, folios 4–5. Buenos Aires.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (1872). Primer Censo de la República Argentina verificado los días 15, 16 y 17 de setiembre de 1869. Buenos Aires: Imprenta del Porvenir. Recuperado de: <http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/Estadistica/censos/C1869-TU.pdf>.

Irianni, Marcelino (2010). *Historia de los vascos en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos.

Larsen de Rabal, Alice (1989). *Memorias de Juan Fugl: vida de un pionero danés durante 30 años en Tandil, Argentina, 1844–1875*. Tandil: s/d.

Leanos, Adolfo (1868). Sobre estragos de cólera en Las Flores. [Carta a Nicolás Avellaneda]. AHPBA FMG, legajo 2, expediente 122, folios 3–6 y 9–10. Buenos Aires.

Letamendi, Francisco (1871) La Municipalidad de Rauch acompaña una ordenanza prohibiendo bailar en los velorios [Ordenanza municipal, 29 de marzo de 1871]. AHPBA, FMG, legajo 12, expediente 822, folios 4–5. Buenos Aires.

Mac Cann, William ([1853] 2001). *Viaje a caballo por las provincias argentinas*. Buenos Aires: Taurus–Alfaguara.

Panettieri, José (1987). Los cuenta propia. *La vida de nuestro pueblo*, 4. Buenos Aires: CEAL.

Revista Argentina, Tomo X, pp. 599–600. Buenos Aires.

Rodríguez, Laura; Rivero, Dolores y Carbonetti, Adrián (2018). Convicciones, saberes y prácticas higiénicas argentinas en la segunda mitad del siglo XIX: sus condiciones de posibilidad en los estudios de las epidemias de cólera, 1868, 1871 y 1887. *Investigaciones y Ensayos*, 66. Recuperado de <https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/89270/CONICET_Digital_Nro.ce-40c96a-96d2-4005-b6e7-4025f25f4847_G.pdf?sequence=8>.

Sbarra, Noel (1964). *Historia del alambrado en la Argentina*. Buenos Aires: EUDEBA.

Sbarra, Noel (1973). *Historia de las aguadas y el molino*. Buenos Aires: EUDEBA.

Segura, Germán (1868). Tesis: Cólera morbus epidémico. Facultad de Medicina. Buenos Aires: Imprenta del Plata.

Semanario El Plata ilustrado. Semanario de Literatura, Arte, Modas y Ciencias (1872). Buenos Aires.

Sociedad de Socorros Mutuos de Ayacucho (1875). Estatutos. Buenos Aires: Imprenta Rural.

Sorresso, Vito (1868). Sobre la desaparición del cólera en Saladillo [Informe al gobierno provincial, 20 de marzo de 1868]. AHPBA, FMG, legajo 4, expediente 319, folios 3–4. Buenos Aires.

Terrada, José (1877). Apuntes para una Memoria de *Statu Animarum* de la Parroquia del Santísimo Sacramento del Tandil. Archivo de la Parroquia Santísimo Sacramento de Tandil [APSS], folio 3. Buenos Aires.

Wilde, Eduardo (1878). Controversia sobre la epidemia de 1871. *Tiempo perdido*, Tomo I.

De cómo las pandemias transformaron la ciudad donde vivís

Jorge Troisi Melean

La Exposición Universal de París de 1889, concebida para conmemorar el centenario de la Revolución Francesa, es considerada la más importante de todas las ferias que se han llevado a cabo. Desde la Gran Exposición de Londres de 1851, las ferias han encarnado la forma más visible de la ambición universal de Occidente. Con base en la fe en el conocimiento científico, les sirven a las potencias europeas para mostrar el sentido de armonía global y el triunfo de su industria sobre el resto de las naciones. La concepción de *progreso* crea su propio museo viviente donde se exhiben productos industriales, materias primas y tecnología. La Feria de París va a quedar por siempre en la memoria asociada a la construcción de la Torre Eiffel y, así, el símbolo urbano se transforma en el símbolo nacional de Francia. París se consagra como la Ciudad Luz y se convierte en el modelo a seguir para todas las ciudades del mundo. Como nunca antes, los saberes europeos se hacen globales.

Por fuera de Europa, los países ven en la feria de 1889 una posibilidad para mostrarse. Pero Argentina eclipsa al resto. Invierte en su presentación el triple del presupuesto estadounidense. La elite argentina entiende que el éxito de un país indica el grado de convergencia entre objetivos y presupuestos de sus exhibidores, y la mirada

del público occidental. El escritor Eugenio Cambaceres es elegido el representante en París y es el encargado de erigir el Pabellón dentro del cual se exhibirán los bienes del país.

La tarea de Cambaceres es un éxito. El Pabellón argentino obtiene el primer premio entre los exhibidores de los países extranjeros, y el Departamento de Ingenieros de la Provincia de Buenos Aires gana la medalla de oro por el plano de la ciudad La Plata, fundada en 1882. París, la ciudad donde se construye la conceptualización de ciudad ideal, premia a la ciudad insignia argentina como la urbe del futuro.

Pero Cambaceres nunca podrá ver el fruto de su trabajo. Muere de tuberculosis antes de que el Pabellón se inaugure. Su muerte no es excepcional. Una de cada siete personas que muere a lo largo del siglo XIX, lo hace por tuberculosis. En París, esa cifra sube a una de cada tres.

La muerte de Cambaceres es sintomática de una época. A lo largo del siglo XIX, las ciudades son azotadas por diferentes enfermedades como cólera, fiebre amarilla, tífus, escarlatina y viruela, además de la tuberculosis. En este artículo exploraremos la historia de las ciudades modernas en su relación con las enfermedades. ¿De qué manera se configuraron y cómo su diseño fue afectado por las pandemias? Las ciudades modernas se transformaron a partir del cruce de tres fenómenos concomitantes: el crecimiento exponencial de las ciudades, como consecuencia de los procesos de industrialización; la globalización de la economía, que generó una circulación de bienes y personas de magnitudes impactantes, y unos saberes higiénicos que estaban relacionados con la apropiación de los espacios a través de la calidad del aire y del agua. La forma que adoptaron París y otras ciudades europeas para solucionar sus problemas sanitarios, políticos y sociales, cambiaron para siempre la configuración de las ciudades y afectaron profundamente el lugar en donde vivís.

De las primeras ciudades a la Revolución Industrial

Las primeras conurbaciones significativas de humanos que comienzan a ocurrir entre el sexto y el cuarto milenio a. de C., en la Mesopotamia, en China, en la India, en Egipto y en Mesoamérica, no son lo suficientemente grandes como para sustentar continuamente alguna de las enfermedades que comenzarán a hacerse comunes a partir del siglo XIX. Solo con el establecimiento de comunicación entre ciudades vecinas, las poblaciones humanas se vuelven lo suficientemente grandes como para soportar infecciones virales y bacterianas. Es en estas primeras ciudades donde comienzan a aparecer las enfermedades ahora comunes, probablemente a partir de patógenos que evolucionaron de los animales domésticos e infectaron a los seres humanos (Dobson y Carper, 1996).

Tras la declinación de algunas grandes orbes romanas durante la Edad Media, Dobson y Carper (1996) sostienen que las ciudades capaces de mantener una infección endémica de difteria, de alrededor de 50 000 habitantes, se presentan desde el siglo III; las capaces de soportar las tos ferina y la escarlatina, desde finales de la Media y, las del sarampión, solo desde finales del siglo XVII. La mayoría de las ciudades en las que evolucionaron las enfermedades actuales eran del tamaño de distritos suburbanos de las megaciudades actuales.

A partir del siglo XV, con la expansión europea hacia otros continentes, la globalización de los imperios traslada gérmenes de enfermedades a través de los continentes. Así, la viruela arrasa con la población originaria en América en el siglo XVI, cuestión abordada en la larga duración por Lucía Lionetti en otro trabajo de esta misma obra; la fiebre amarilla ingresa en América a través del tráfico de esclavos, y el cólera sale de la India para expandirse por el mundo, enfermedades cuyos impactos en el siglo XIX argentino son explorados en los capítulos de Yolanda de Paz Trueba, Lucas Andrés Masán, Lucas Bilbao y Marcelino Irianni. Ejércitos, comerciantes y misioneros imperiales expanden gérmenes por aquí y por allá.

Antes de 1800, menos del 2 % de la población europea vive en ciudades de más de 100 000 habitantes. Muchas enfermedades contagiosas se propagan cuando los hombres se unen al ejército o cuando

los niños van a la escuela. En la época de las guerras napoleónicas, algunos observan que los reclutas urbanos, flacos y mal alimentados, sobreviven mucho más tiempo que los musculosos y bien alimentados del campo, que están repetidamente enfermos. Esta disparidad en la salud probablemente se debe a una menor exposición a patógenos y, por lo tanto, a un menor nivel de inmunidad en las poblaciones más pequeñas de pueblos y aldeas aisladas (Dobson y Carper, 1996).

A lo largo del siglo XIX, la migración de personas a las ciudades industriales de Europa aumenta las tasas de transmisión de enfermedades. Hasta el siglo XX, las poblaciones de las ciudades no son autosuficientes, porque se mantienen solo por la inmigración del campo circundante (Dobson y Carper, 1996). A medida que las ciudades se industrializan, las enfermedades infecciosas surgen como una amenaza real. La introducción de nuevos inmigrantes y el crecimiento de grandes áreas urbanas permiten que enfermedades previamente localizadas se propaguen rápidamente e infecten a poblaciones más grandes. Los pueblos se convierten en ciudades a medida que la industrialización provoca la migración urbana de las comunidades rurales, tanto en los Estados Unidos como en Europa. La mayor demanda de vivienda barata por parte de los migrantes urbanos genera una expansión de viviendas mal construidas que no proporcionan una higiene personal adecuada. Los trabajadores inmigrantes del siglo XIX a menudo viven en pequeñas casas que carecen de servicios básicos como agua corriente, ventilación e inodoros. Estas condiciones son ideales para la propagación de bacterias y enfermedades infecciosas. Sin sistemas de saneamiento organizados, las bacterias se transmiten fácilmente de persona a persona, a través del agua y las aguas residuales. Como resultado, muchas de las áreas urbanas más grandes de occidente son víctimas de una serie de enfermedades infecciosas desde las primeras décadas del siglo XIX (Brackemyre, 2015).

Todo se agrava por la propia naturaleza de las infecciones. La viruela, la peste, el cólera, la fiebre amarilla y la gripe son enfermedades viajeras, adaptadas a la globalización y que actúan con lógicas

militares: atacan, conquistan y se retiran. El auge del comercio mundial en el siglo XIX acelera el ritmo de propagación. Personas, animales e incluso mercancías infectadas propagan los patógenos fatales (Osterhammel, 2015, p. 283).

En la medida que la ciudad crece en Europa pero, sobre todo en Gran Bretaña, escritores como Charles Dickens o Friedrich Engels relacionan la revolución industrial con la degradación de la clase trabajadora. El propio término “revolución industrial”, acuñado por Arnold Toynbee, guarda ese tono pesimista. Sin embargo, hasta que en 1961, Asa Briggs sugiera que en el análisis de la era victoriana se había dejado de lado el impacto del cólera en la transformación de la sociedad, los historiadores no incorporarán cuestiones de enfermedad y salud a sus estudios. Desde entonces, además del cólera, se estudian las consecuencias de otras enfermedades epidémicas en las transformaciones históricas globales de la Modernidad. Así, la negativa contribución de las ciudades industriales del norte británico al estancamiento de la esperanza de vida durante el período 1820–1870, pasa a formar parte de uno de los debates más prolongados en la historia económica, el del impacto de la industrialización temprana en los niveles de vida. Más tarde, Alfred Crosby indica que la enfermedad pudo influir, no solo en las relaciones entre clases, sino también en la forma que adoptaron los procesos de imperialismo y colonización (Porter, 2005).

Para las primeras décadas del siglo XIX, la industrialización representa desesperación, escasez y una reducción del bienestar corporal. Inglaterra comienza a industrializarse sin tiempo para analizar las condiciones higiénicas de las grandes ciudades. Aunque estas eran menos sanas que las zonas rurales, muchas personas deciden emigrar a ellas porque los sueldos eran superiores (Osterhammel, 2015, p. 258).

Para los contemporáneos, la ciudad es considerada como una incubadora de enfermedades (Carr, 2014). En 1840, casi el 2 % de los recién nacidos de Nueva York mueren antes de cumplir su primer año de vida y, durante las tres décadas siguientes, una de cada cuatro

personas no llega a cumplir los treinta. La alta tasa de mortalidad de niños y adultos jóvenes impacta en la planificación de las familias urbanas que entienden que alguno de sus hijos no llegará a los cinco años. Para muchas familias de clase trabajadora, tener varios hijos asegura que, al menos algunos, llegarán a edad adulta (Brackemyre, 2015).

Esta situación genera un sentido de fatalismo, con un claro sesgo religioso. Aún en algunos sectores se siguen haciendo eco las explicaciones bíblicas de las enfermedades que las asocian con el castigo divino. Varios ven a los tuberculosos como merecedores de su dolencia (Sontag, 1978).

Sin embargo, en los círculos de aquellos que toman decisiones, la explicación religiosa es reemplazada por otra concepción. Existe la preocupación por el mal aire, o los miasmas, el conjunto de emanaciones fétidas de suelos y aguas impuras, a los que se adjudican la causa de las enfermedades. La teoría parece explicar por qué las epidemias eran comunes en los barrios sucios. De esta manera, impulsan campañas públicas, que prestan atención a las condiciones ambientales, especialmente de los ciudadanos más pobres de las ciudades. A mediados del siglo XIX, esta preocupación está presente en Buenos Aires, tal como plantea Lucas Andrés Masán en otra contribución de este mismo libro, cuestión en la que se seguiría insistiendo todavía en la década de 1920 en distintas publicaciones periódicas argentinas, como señala Silvana A. Gómez en otro capítulo de esta obra. La primera enfermera moderna, Florence Nightingale, que participa en la Guerra de Crimea en 1853, es una de las mayores proponentes de esta idea. Si bien su diagnóstico sobre la enfermedad no es correcto, sus esfuerzos significan mejoras en el sistema de salud militar. Esto es de importancia extrema porque en los conflictos bélicos perecen muchos más soldados por enfermedades que por enfrentamientos. De los 155 000 soldados que pierden la vida en la Guerra de Crimea, 95 000 lo hacen debido al cólera y a otras enfermedades (Osterhammel, 2015, p. 280).

Los puertos en la era de la globalización

Las epidemias son consideradas parte de la vida. La teoría miasmática, que se enfoca en los ambientes y los espacios, lleva a asociarlas a las zonas urbanas donde se producen más contagios. No tarda demasiado en vincularse enfermedad y pobreza y, acto seguido, enfermedad y pobres. La idea de que las propias acciones son la causa de la enfermedad tarda en desarraigarse. De este modo, el hecho de que las enfermedades causen un sufrimiento significativamente mayor en los vecindarios más pobres de la ciudad de Nueva York, contribuye a las primeras respuestas indiferentes de los líderes de la ciudad. La enfermedad se adjudica a la laxitud moral y la intemperancia de los neoyorquinos pobres. Las nociones vinculantes de mortalidad y moralidad influyen en las respuestas públicas (Ebner, 2020).

Pronto, sin embargo hay que tomar medidas. Durante el siglo XIX, el cólera siembra el pánico en Europa pues pone en peligro la calidad de vida. El horror es acertado. Solo en la India, entre 1817 y 1865, perecen más de 15 millones de personas a causa de esa enfermedad. El cólera, que se transmite por alimentos y agua contaminados, causa diarrea y vómitos tan graves que es posible la muerte por deshidratación si no se tratan los síntomas (Osterhammel, 2015, p. 280).

Nueva York sufre, entre 1790 y 1860, al menos cuatro oleadas de cólera y otras tantas de fiebre amarilla, además de brotes de viruela, tifoidea, malaria y tuberculosis. Debido a los altos niveles de desechos no gestionados, las epidemias de enfermedades infecciosas son comunes en todas las ciudades pero, desde mediados del siglo XIX, las portuarias están especialmente expuestas a nuevas cepas de enfermedades, traídas consigo por inmigrantes, comerciantes, marinos, misioneros y soldados. El cólera no es un problema en Nueva York hasta que el envío de mercancías y personas entre Asia y la ciudad aumente drásticamente (Brackemyre, 2015).

Algunas ciudades portuarias toman rápidamente medidas que mejoran la salud de la población y generan beneficios económicos.

Beirut comienza a consolidarse como puerta del Próximo Oriente en la década de 1830, con la construcción de un centro de cuarentena y un lazareto (Osterhammel, 2015, p. 283).

Para los puertos del lado occidental del Atlántico, la situación es más difícil. Como sucedería más tarde con otras ciudades atlánticas como Buenos Aires, las grandes oleadas de inmigración en el siglo XIX hacen de Nueva York la ciudad más grande y diversa de Estados Unidos, pero también la más insalubre, ya que el gran aumento de la población la hace más susceptible a las enfermedades. Su tasa de mortalidad es considerablemente más alta que otras grandes áreas urbanas cercanas, como Boston o Filadelfia.

Para la década de 1840, el binomio enfermedad-pobreza da paso al trinomio enfermedad-pobreza-migración. Las autoridades temen que si las enfermedades tienen sus raíces en las condiciones de vida contaminadas de las comunidades más pobres de Nueva York, puedan propagarse fácilmente al resto de los ciudadanos. Los funcionarios se dan cuenta de que las calles sucias y las alcantarillas contaminadas son un riesgo para la salud de todos los neoyorquinos. A mediados del siglo XIX, Nueva York posee un sistema de alcantarillado primitivo, al que la mayoría de las casas no están conectadas. Los neoyorquinos dependen de retretes al aire libre, en mal estado y cubiertos de suciedad. Las familias más pobres ni siquiera tienen ese lujo. Simplemente cavan una pequeña zanja en el suelo fuera de sus casas. Los desechos rara vez se retiran y, con frecuencia, fluyen hacia las calles de la ciudad (Brackemyre, 2015).

Además de haber provocado la muerte de Georg Hegel, la epidemia de 1832 queda grabada especialmente en la memoria de Occidente. Despierta todo tipo de miedos: miedo de los ricos a las clases populares, a quienes consideran portadores de la muerte; miedo de las clases populares a ser envenenados para resolver el problema del desempleo; miedo a una invasión oriental porque llega de Asia (Osterhammel, 2015, p. 281). El cólera alcanza Nueva York después de viajar por rutas comerciales desde la India a través de Rusia y Eu-

ropa, y desde el Atlántico hasta Canadá, y por allí por el río Hudson. Miles de personas mueren en semanas.

Como se considera que la enfermedad es el resultado del aire nocivo producido por los olores nauseabundos de los desechos humanos, excrementos de animales y basura, se reúne un comité de Salud *ad hoc*, cuya primera acción fue sancionar una cuarentena para todos los barcos que transporten alguien enfermo. El comité también encarga hospitales especiales de cuarentena. Antes de que se aprendiera cómo contener la enfermedad, prejuicios de clase y xenofobia se cruzan para explicar las crisis (Ebner, 2020).

Historia de dos ciudades

Hacia mediados de siglo, nuevos hallazgos llegan del otro lado del Atlántico. El médico inglés John Snow demuestra que el cólera es causado por el consumo de aguas contaminadas con materias fecales. En 1854, Snow diseña un famoso mapa de Londres donde localiza las fuentes de contaminación del agua y encuentra un vínculo entre esta y el cólera. A partir de un trabajo de campo pionero, Snow demuestra que la contaminación por aguas residuales humanas es el vector de enfermedad más probable para las grandes epidemias de Londres.

El modelo de Snow no es aceptado de inmediato universalmente. Sin embargo, cuando se conecta la idea de brotes epidémicos y abastecimiento de agua y tratamiento de desechos cloacales, se comienzan a construir maravillosas soluciones de ingeniería a estos problemas. Si bien el cólera sigue cobrándose la vida de decenas de miles de personas en todo el mundo, las respuestas a la enfermedad dan como resultado intervenciones de saneamiento público y diseño urbano con un impacto duradero. Paradójicamente, el trabajo de campo de Snow da más credibilidad a la teoría del miasma (Carr, 2014).

Mientras Snow está mapeando Londres, en París, Violetta Valéry se debate ante la muerte por una terrible enfermedad. La cortesana, el personaje protagónico de la ópera *La Traviata* de Giuseppe Verdi, sufre de tuberculosis, una enfermedad que marca el clima de época pues ataca tanto los barrios periféricos como los espacios de la alta sociedad parisina. Aunque es vista como una enfermedad creativa, lo que lleva a algunos a querer lucir como si estuvieran enfermos, en su apogeo es la causa de una de cada tres muertes en la ciudad. Como forma de tratarla solo se apela a la exposición al aire fresco y al sol de los pacientes. La idea de la necesidad de un ambiente urbano saludable se convierte en una necesidad pública.

En ese clima en 1853, el barón Georges-Eugène Haussmann asume como Prefecto del Sena de la Francia del II Imperio de Napoleón III. Haussmann lleva a cabo un programa de reformas en París. Crea bosques, abre calles, ensancha avenidas. París suma edificios públicos, canales, pavimento, árboles, transporte. Gracias a esta intervención, París se transforma, en menos de dos décadas, de ciudad medieval a la más moderna del mundo. Las autoridades francesas derriban 12 000 edificios, construyen bulevares y parques arbolados, erigen fuentes e instalan un elaborado sistema de alcantarillado (Pacoud, 2015).

Además de conseguir sus objetivos de mejoras sanitarias y de comunicación, la renovación sirve para finalidades políticas. Y por ello la obra de Haussmann es especialmente aplaudida por las clases acomodadas. La haussmanización desplaza a los trabajadores del centro de las ciudades a los barrios de la periferia. El nuevo plan de la ciudad, sobre todo, dificulta revueltas como las que hubo en la ciudad en 1830 y 1848, pues impide físicamente la colocación de barricadas y facilita la labor de las fuerzas represivas a través de avenidas anchas conectadas a las principales estaciones ferroviarias. Las tropas pueden desplegarse por París en poco tiempo. Así, esta obra va a contribuir a la rápida represión de los trabajadores que se levantan contra el sistema, durante la comuna de París en 1871. Aprovechando la reforma, el estado francés reelabora la ciudad en

función de lo que entienden son sus mayores problemas: la salud y la cuestión social.

A partir de los nuevos conocimientos europeos, cuando llega la oleada de cólera de 1866 a Nueva York, se crea el *Metropolitan Board of Health*, que impone de manera proactiva estrictas medidas sanitarias y de cuarentena. Aún sin descubrirse la verdadera causa de las enfermedades, las medidas de salud pública, como la cuarentena forzada y el aumento del saneamiento, resultan eficaces. La población de la ciudad de Nueva York sigue creciendo a lo largo del siglo XIX, pero la cantidad de muertes por enfermedades epidémicas disminuye. El *Board* se convierte en una autoridad médica cuyas medidas de salud pública alivian la propagación del contagio. Como señala Charles Rosenberg, “los médicos habían tratado de curar el cólera; 1866 les mostró que su deber era prevenirlo” (Citado por Ebner, 2020).

Los conocimientos europeos se hacen globales

El ejemplo de las ciudades de Londres y París lo siguen otras ciudades. Nunca antes se adopta la cultura europea con tanto entusiasmo. Como con Haussmann, en cada una de las ciudades, un hombre se asocia a la transformación.

En 1862, James Hobrecht lleva a cabo un plan en Berlín que también resulta en amplias avenidas metropolitanas, grandes parques y plazas urbanas, alcantarillado y otros proyectos de modernización de la infraestructura (Bernet, 2020). A principios de la década de 1870, la ciudad de Washington es transformada a partir de los trabajos de Alexander Boss Shepherd, primero a cargo de las obras públicas y luego como gobernador del distrito de Columbia. A principios de la década, Washington era apenas algo más que una aldea de caminos de tierra. Shepard lleva a cabo una serie de obras de infraestructura e higiene que incluye canales, caminos pavimentados, alcantarillas, tuberías de gas y red de agua. Además se plantan miles

de árboles y se construye el primer sistema de transporte público de la ciudad. La reforma de Shephard crea algunas polémicas, entre otras haber hecho poco para evitar la segregación racial urbana (Richardson, 2010).

En Sudamérica, Benjamín Vicuña Mackenna propicia reformas urbanas en Santiago de Chile entre 1872 y 1875. En su proyecto modernizador, como en el del resto de las elites latinoamericanas, lleva a cabo la instauración de la cultura del progreso. Bajo la influencia del proyecto de Haussmann, el Estado va a modificar sobre todo los suburbios, acusándolos de poco civilizados (Robinson y Huertas, 2012).

En Buenos Aires, los aires haussmanianos llegan un poco más tarde. Como con Nueva York, cuando la ciudad se abrió al comercio atlántico, se hizo vulnerable a las enfermedades, lo que había comenzado a suceder en la segunda mitad del siglo. En 1868, Marcos Paz, el presidente en ejercicio había muerto durante el brote de cólera. En 1871, había sufrido una terrible epidemia de fiebre amarilla, de la que Lucas Andrés Masán da cuenta en otro capítulo de este libro, en una ciudad de 180 000 habitantes que crecía vertiginosamente con la inmigración. No tenía drenajes, ni cloacas, ni avenidas pero sí focos infecciosos, como los conventillos y el Riachuelo (Fiquepron, 2018). La epidemia hizo tomar conciencia a las autoridades de la urgente necesidad de mejorar las condiciones de higiene de la ciudad, de establecer una red de distribución de agua potable y de construir cloacas y desagües. Desde la década de 1870, se toman todo tipo de medidas higiénicas en la ciudad. Para mediados de la década de 1880, el intendente Torcuato de Alvear va a llevar la reforma urbana.

El diagnóstico sobre la pobreza se mantiene en el tiempo pero ya para esa década la existencia de autoridades sanitarias se hace imprescindible para cualquier ciudad portuaria. En Rosario, con los rumores de epidemia en 1886, se toman acciones de prevención. Como había sucedido en Nueva York en 1866, se crean organismos estatales para responder a las recurrentes situaciones pandémicas, la Oficina de Higiene y la Oficina Química. Además, se firma un con-

trato con una empresa inglesa para que haya agua potable y cloacas. Se regulariza el espacio, se lleva a cabo una supervisión higiénica permanente (Pascual, 2017). Sobre el saber médico, las competencias políticas y la gente común puede consultarse el capítulo de Yolanda de Paz Trueba en esta misma obra.

En todo el globo, los parques públicos se vuelven populares. El arquitecto paisajista y oficial de salud pública Frederick Law Olmsted diseña parques públicos en Boston y Central Park de Nueva York (Carr, 2014). En 1889, llega Carlos Thays a la Argentina. Tras trabajar dos años en Córdoba en el diseño de parques, se traslada a Buenos Aires donde es nombrado Director de Parques y Pasarelas de la ciudad en 1891. Siguiendo el modelo de París, Thays planta árboles a lo largo de las calles, remodela y diseña plazas públicas y parques (Bordese, 2018).

Los sistemas de alcantarillado se convierten en una marca de sociedad saludable pero, sobre todo, de una civilizada. La plantación de árboles ya no se justifica por razones estéticas. El cruce entre la ola haussmanniana y la higiénica le brinda a los Estados legitimidad para ordenar el espacio. Se inaugura la gran obra pública. Nacen las expropiaciones, la planificación urbana permanente y la consolidación de los recursos públicos para modificar la vida de los ciudadanos. Avanza lo público sobre lo privado. La propiedad privada ya no es un derecho ilimitado.

La ciudad del Mundo Nuevo

Tras la federalización de la ciudad de Buenos Aires en 1880, la provincia del mismo nombre queda sin capital. En 1881, el gobernador Dardo Rocha asume con la idea de brindarle una nueva. Bajo la consigna de que la nueva capital siga los lineamientos de las metrópolis más modernas, el plano de la nueva ciudad es encomendado al Departamento de Ingenieros. Pedro Benoit, el director de Obras Públi-

cas de La Plata acaba enviando los planos definitivos de la ciudad, basado en todos los saberes urbanos de la época.

El plano de la ciudad tiene la forma de un cuadrado perfecto, con un parque principal y dos diagonales mayores. El diseño se copia a sí mismo en módulos menores de seis por seis manzanas, cruzadas por calles regulares y limitados por avenidas en cuya intersección existe siempre una rotonda en forma de plaza. El centro del cuadrado es atravesado, a su vez, por un eje cívico, que marca la dirección hacia el puerto y es perpendicular a la avenida que señala el camino a Buenos Aires. Además del parque y las plazas, los espacios verdes se completan con la forestación de las veredas (Troisi Melean, 2006).

La Plata tiene como inspiración al modelo haussmaniano pero también al colonial hispano o *traza*, un cuadrado atravesado por líneas rectas cuyo centro albergaba una plaza mayor. Incorpora las diagonales, rectas que atraviesan el corazón de la ciudad, en una alegoría democrática que acerca las distancias entre el centro y la periferia, el Estado y los ciudadanos. Las ciudades organizadas en cuadrículas son convenientes no solo para la circulación, ofrecen calles más rectas para acomodar tuberías largas debajo para mover el agua y los desechos de manera más segura (Carr, 2014).

Los países *late comers* como la Argentina tienen un coste biológico menor que aquellos que se habían industrializado. Cuando las ciudades de la periferia se convirtieron en grandes orbes, ya se disponía de conocimientos sobre la transmisión de las enfermedades y de nuevas tecnologías para que estas se transformen en lugares más sanos que las zonas rurales. La difusión del saber higiénico y de las tecnologías sobre tratamientos de agua tuvo un carácter transnacional (Osterhammel, 2015, p. 281). Las ciudades del mundo nuevo nacen con cuadrículas diagonales, espacios liberados, teatros de ópera, aire puro, plazas, parques, bulevares haussmanianos. Son ciudades sin pecados que redimir, ciudades sin historia.

El plano de La Plata es una representación didáctica tanto de la historia del país como de la forma en que a este país se le abría el futuro. Es la ciudad ideal que emerge vencedora de la barbarie del

pasado colonial. Amén de las innegables intenciones electoralistas de la fundación de La Plata, esta representa una apuesta al futuro, la planificación sobre un espacio vacío de un experimento urbano destinado a albergar a un cuarto de millón de almas. Es tanto un acto de soberbia positivista, como la articulación entre el idealismo y la capacidad de abstracción de una generación, con la capacidad técnica necesaria y los medios económicos suficientes. El proceso de planeamiento y construcción de La Plata significa la llegada de la madurez del Estado argentino. La Exposición de París de 1889 al premiar el plano de la nueva ciudad le indica al Estado argentino que está yendo por el buen camino del *progreso*.

Casi al mismo tiempo en que La Plata es fundada, el microbiólogo alemán Robert Koch descubre el bacilo de la tuberculosis en Calcuta, en un viaje de investigación que financió el gobierno imperial alemán (Osterhammel, 2015, p. 277). Pero faltaba aún un tiempo para que se modifiquen las nociones antiguas de lucha contra la enfermedad.

Las epidemias del siglo XIX se enfrentaron sin los avances médicos que hicieron que las epidemias del siglo XX fueran mucho más raras y menos letales. Pero en el devenir del despertar de ese conocimiento, arquitectos y planificadores urbanos ofrecieron salud a través de mejoras en el medio ambiente.

La Exposición de 1889, con la que comienza este capítulo, constituye probablemente un buen momento para pensar en el partearguas de la aplicación del conocimiento científico a las enfermedades. Siete años transcurridos desde que Koch descubriera la causa de la tuberculosis, el doctor Fernand Lagrange, el pensador que constituye la justificación teórica principal en los manuales de Educación Física que se utilizan en la Argentina y en Europa entre fines del siglo XIX y principios del XX, recomienda el ejercicio al aire libre, “y no en salones viciados por la respiración, donde el aire es literalmente envenenado” (Peyret, 1890, p. 253). Aún en la propia tierra de Louis Pasteur, la teoría microbiana tarda en hacerse validar en los círculos científicos.

Es recién para la epidemia de cólera de 1892 en Hamburgo, cuando Koch demuestra teóricamente lo que John Snow había demostrado empíricamente cuatro décadas antes. Con técnicas de estadística social bastante avanzadas, la epidemia de Hamburgo permite que se extraigan las mejores conclusiones sobre una crisis de salud en todo el siglo XIX (Osterhammel, 2015, p. 280).

Pero aunque comprobados, conocimientos científicos no son aplicados por los imperios en sus colonias. Aún en el caso de las francesas, con el Instituto Pasteur y su red en el extranjero estrechamente vinculados al orgullo nacional, la mayoría de las sucursales africanas no tienen más que un par de trabajadores con las calificaciones médicas adecuadas.

Los argumentos miasmáticos legitiman políticas estatales racistas, aun cuando la teoría microbiana ha probado su eficacia. Cuando la última oleada de peste iniciada en China en 1892, llega a Hong Kong años después, las autoridades británicas ponen en marcha un sistema de segregación entre chinos y europeos, partiendo de la base de que la peste anida entre la miseria (Osterhammel, 2015, p. 273). Una década después, cuando alcanza Senegal, las autoridades coloniales francesas deciden establecer una Medina en Dakar, un nuevo barrio asignado solamente para la población africana. La experiencia con la Medina de Dakar, aún a principios del siglo XX, muestra que la mejora del saneamiento urbano-colonial no se logró mediante la introducción de la medicina de masas, sino mediante la introducción de la segregación residencial. Estas políticas segregacionistas cruzadas con argumentos sanitarios fueron un rasgo integral de la planificación de la ciudad colonial en general, francesa, británica o belga (Bigon, 2012).

Consideraciones finales

Durante el período de la Revolución Industrial hubo un crecimiento inédito de la población urbana europea. Aunque el impacto de la ur-

banización en la esperanza de vida sigue siendo poco conocido, esta mejoró entre 1750 y 1820 para deteriorarse a partir de esa década. El proceso parece volver a mejorar desde 1870 (Davenport et al., 2019).

Según Beatriz Colomina (2019), esta mejoría estaría radicada en la aplicación de medidas arquitectónicas y de planificación apuntadas específicamente a problemas sanitarios. Según la autora, lo que sucede entre la medicina y la arquitectura es similar a las relaciones que a menudo se observan entre la industria militar y la sociedad civil. Tan pronto como termina la guerra, las innovaciones militares se entregan rápidamente a la sociedad civil.

En las antípodas, Christopher Hamlin (2009) sostiene que la idea de la imposición de factores exógenos, como el cólera, que de repente hacen posible logros como la obtención de agua potable y saneamiento en las ciudades, representa una sobresimplificación que no expresa suficientemente la importancia del proceso de industrialización para asegurar el suministro de agua. Hamlin considera que se debe relativizar que la llegada de la epidemia de cólera a Europa y América del Norte en el siglo XIX haya sido el único estímulo de una revolución sanitaria que haya hecho que las causas ambientales de las enfermedades epidémicas se reconocieran como una responsabilidad pública.

Lo cierto es que tras la Revolución Industrial se produjo el primer encuentro sistemático entre salud pública y diseño. Desde una perspectiva global, el siglo XIX transitó una tensión entre una transmisión más fácil de las enfermedades y una cura más exitosa. La forma de enfrentar las enfermedades, hasta tanto los hallazgos de Pasteur y de Koch no se hicieron globales, fue a partir de un movimiento higienista que puso de manifiesto que era más sano vivir en ciudades con agua potable, canales y servicios de recolección de basura y de materia orgánica.

Las sociedades que podían destinar parte de su presupuesto a limpiar las ciudades cosecharon un descenso de mortalidad más rápido, aun sin conocer fehacientemente las causas de las enfermedades. El período reformista comenzó en Europa en 1850 y se fue

expandiendo en forma global. En el transcurso de este proceso se fue dejando de lado la culpa moral como causa de las enfermedades y fue surgiendo la interpretación científica. La cuestión central fue el nacimiento de autoridades de salud con margen de acción y presupuesto para responder a las necesidades (Osterhammel, 2015, p. 287).

El proceso higienista también fortaleció la capacidad de los Estados para controlar sus territorios. En ese sentido, todos los saberes en cuestión de diseño urbano que dejó el siglo XIX eran consistentes con la idea de un único camino hacia la civilización occidental y su noción de progreso. Todo/s aquello o aquellos que no encajaran en ese modelo, eran sujetos de reforma, remoción o segregación.

Cuando finalmente la teoría de los gérmenes fue comprobada universalmente, a principios del siglo XX, se creó un cisma definitivo entre la salud pública y la práctica del diseño del siglo XIX. Medicina, planificación y arquitectura tomaron caminos separados. El siglo XXI está comenzando a repensar ese vínculo.

Bibliografía

Alcorta, Santiago (1890). *La República Argentina en la Exposición Universal de París de 1889. Colección de informes reunidos por el delegado del gobierno D. Santiago Alcorta*. París: Sociedad Anónima de Publicaciones Periódicas, Tomo I.

Armus, Diego (comp.) (1984). *Sectores populares y vida urbana*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales [Clacso].

Bernet, Claus (2004). The 'Hobrecht Plan' (1862) and Berlin's Urban Structure. *Urban History*, 31 (3), 400–419. Recuperado de <www.jstor.org/stable/44613500>.

Bigon, Liora (2012). A History of Urban Planning and Infectious Diseases: Colonial Senegal in the Early Twentieth Century. *Urban Studies Research* 2012.

Bordese, Federico (2018). Carlos Thays: un jardinero francés en Córdoba. *Revista del Archivo Fotográfico de Córdoba*.

Brackemyre, Ted (2015). Immigrants, Cities, and Disease. *US History Scene*. Recuperado de <ushistoryscene.com/article/immigrants–cities–disease/>.

Carr, Sara Jensen (2014). *The Topography of Wellness: Mechanisms, Metrics, and Models of Health in the Urban Landscape*, [PhD Dissertation, University of California Berkeley].

Colomina, Beatriz (2019). *X-Ray Architecture*. Zurich: Lars Muller.

Corburn, Jason (2007). Reconnecting with our roots: American urban planning and public health in the twenty–first century. *Urban Affairs Review*, 42 (5), 688–713.

Davenport, Romola Jane; Satchell Max y Shaw Taylor, Leigh Matthew William (2019). Cholera as a 'sanitary test' of British cities, 1831–1866. *The History of the family*, 24 (2), 404–438.

Dobson, Andrew P, y Carper, E. Robin (1996). Infectious Diseases and Human Population History. *BioScience*, 46 (2), 115–126. Recuperado de <www.jstor.org/stable/1312814. Consultado nov. 2020>.

Ebner, Lorna (2020). Quarantine in Nineteenth–Century New York. *Nyamhistory*, 14 abril 2020. Recuperado de

<https://nyamcenterforhistory.org/2020/04/14/quarantine-in-nineteenth-century-new-york/>.

Fiquepron, Maximiliano Ricardo (2018). Lugares, actitudes y momentos durante la peste: representaciones sobre la fiebre amarilla y el cólera en la ciudad de Buenos Aires, 1867–1871. *História, Ciências, Saúde–Manguinhos*, 25 (2), 335–351.

Fiquepron, Maximiliano Ricardo (2020). *Morir en las grandes pestes. Las epidemias de cólera y fiebre amarilla en la Buenos Aires del siglo XIX*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Klein, Christopher (2020). How Pandemics Spurred Cities to Make More Green Space for People. *History*. Recuperado de

<<https://www.history.com/news/cholera-pandemic-new-york-city-london-paris-green-space>>.

Hamlin, Christopher. (2009). Cholera forcing: The Myth of the Good Epidemic and the Coming of Good Water. *American Journal of Public Health*, 99 (11), 1946–1954.

Leyton Robinson, César y Huertas, Rafael (2012). Reforma urbana e higiene social en Santiago de Chile. La tecno-utopía liberal de Benjamín Vicuña Mackenna (1872–1875). *Dynamis*32 (1), 21–44.

Osterhammel, Jürgen (2015). *La transformación del mundo. Una historia global del siglo XIX*. Barcelona: Crítica.

Paccoud, Antoine (2015). Planning law, power, and practice: Haussmann in París (1853–1870). *Planning Perspectives* 31 (3).

Pascual, Cecilia (2017). La epidemia de cólera como condensador de sentidos: culturas urbanas, narraciones clínicas y políticas higiénicas en Rosario, Argentina, 1886–1887. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 24 (2), 295–311.

Porter, Dorothy (2005). *Health, Civilization and the State A history of public health from ancient to modern times*, London: Taylor & Francis e-Library.

Richardson, John P. (2010). Alexander R. Shepherd and the Race Issue in Washington. *Washington History*, 22.

Rosenberg, Charles (1992). Framing disease: illness, society and history. En Rosenberg, Charles and Golden, Janet, *Framing disease: studies in cultural history*, New Brunswick: Rutgers University Press.

Troisi Melean, Jorge (2006). *Rocha, el último porteño*. La Plata: Instituto Cultural de la Provincia de Buenos Aires.

Ver para creer Imágenes en revistas argentinas antes, durante y después de la *grippe* (1900–1930)

Silvana A. Gómez

Introducción

En octubre de 1918, a poco de detectarse los primeros casos de lo que pronto sería un importante brote epidémico en nuestro país, el semanario ilustrado *El Hogar* dio cuenta de algunos momentos donde un “resfrío muy fuerte” había hecho “verdaderos estragos”. Se refirió a las mil víctimas que se había cobrado *lacoqueluche*, *tac* o *petit courrier* en la Francia del siglo xv. Doscientos años después, se expandió por toda Europa y Rusia y generó solo en San Petersburgo cuarenta mil muertes, según relataba la nota en la que también se aclaraba que a principios del siglo xviii, había aparecido en Italia donde recibió, en 1702, el nombre de *influenza*, en Milán. El recorrido histórico propuesto por la revista argentina incluía la indicación de que en el primer tercio del siglo xix, su paso por Londres implicó un deceso de mil personas por día mientras que en la España de 1890, el *trancazo* causó una cantidad de fallecimientos similar.

La influenza “española”, “gripe española” o *grippe* que azotó a la Argentina en 1918 y 1919, no obstante, se diferenciaba de la que con frecuencia encontraba especial acogida en épocas de bajas temperaturas. Mientras la habitual era producida por un microbio con forma de bastón que saltaba de las mucosas bucales y nasales para alojarse finalmente en los pulmones, la publicación argentina describía que el nuevo flagelo parecía comportarse de un modo completamente desconocido. Según los casos registrados en Buenos Aires, incluía entre sus síntomas tos, fiebre, dolor de garganta, desarreglos intestinales y en los más graves, vómitos, lo que hacía sospechar a los redactores de *El Hogar* de un tipo de influenza de forma benigna aunque emparentada a “otra enfermedad más grave y temible” (*El Hogar*, 25/10/1918, p. 17). La nota también expresó que aunque las guerras en el pasado habían dado origen a grandes epidemias que diezaban poblaciones pauperizadas, los métodos higiénicos tan difundidos en la segunda década del siglo xx parecían excluir la posibilidad de enfermedades secuela de grandes luchas, en este caso, de la Gran Guerra. Si la antisepsia se había impuesto, ¿cómo era posible una nueva epidemia? ¿Qué propia batalla debían librar? ¿Contra qué? ¿Cómo? Y después, ¿qué?

Como lo hicieron otras publicaciones periódicas argentinas de la época, *El Hogar* buscó responder a algunos de esos interrogantes (cuando no generar esas o similares preguntas) mediante imágenes. En “La grippe” del 25 de octubre de 1918 pueden apreciarse no solamente elementos escritos sino una ilustración que adquiere gran relevancia en la media página en la que se plasmó la nota, como puede verse en Imagen 1. El dibujo tiene como protagonista a una mujer recostada sobre una silla mecedora, recubierta de varios abrigos. Con su mano izquierda se toma el rostro, lo que da lugar a dos posibles situaciones: se trata de una persona que padece la enfermedad o bien, de alguien apesadumbrada al conocer mediante la prensa el nuevo flagelo. Esa segunda opción cobra fuerza si se ponderan las hojas que aparecen tendidas en el piso y que puede que la mujer haya dejado caer. Cubierta hasta sus pies, los que parecen estar sobre un al-

mohadón, a su lado tiene una silla que hace las veces de mesa, sobre la cual una bandeja además de contener algún alimento, muestra un vaso medio lleno, medio vacío.



Imagen 1: Ilustración (detalle) de la nota “La gripe”.
Fuente: *El Hogar*, 25 de octubre de 1918, (473), p. 17.

El Hogar no era la única publicación que se refería a estos temas ya que, de hecho, a principios de siglo se habían multiplicado distintas revistas culturales que aludían a cuestiones variopintas entre las que cobraban especial relevancia las de actualidad. Para dar cuenta de distintas informaciones, esta prensa de inicios del xx incorporaba de forma cada vez más constante y refinada imágenes, que lejos de ocupar un lugar marginal o de refuerzo del texto escrito, se abrían paso en pie de igualdad con las palabras y conformaban mensajes de lo más complejos.

Muchas de estas revistas que alcanzaron circulación nacional se publicaron desde la ciudad de Buenos Aires. De allí que en sus páginas podamos encontrar varios procesos que habían convergido en la época, como la recuperación local de la tradición iconográfica decimonónica, tan presente en la prensa satírica del siglo xix (Román, 2010), los avances técnicos en materia gráfica (Szir, 2016) así como

a una avidez por los elementos iconográficos que puede al menos remontarse a la Buenos Aires de 1860 (Masán, 2019). Desde finales del siglo XIX, las informaciones de distintas partes del mundo habían invadido la prensa porteña especialmente merced al desarrollo del telégrafo (Caimari, 2015), al tiempo que podían encontrarse en las páginas de la prensa epocal, coberturas del interior del país pues se multiplicaban las personas abocadas a esa tarea (Servelli, 2014). Empero, la tónica porteña y una eventual atención focalizada en los temas de la capital fue señalado (cuando no abiertamente criticado) por otras publicaciones que surgieron en ese mismo contexto. *Mate amargo*, una “revista quincenal ilustrada de literatura, arte, modas, actualidades, metropolitana y de las provincias” fue creada en 1911 buscando

[...] deparar un rato de solaz honesto á todos los argentinos por nacimiento ó adopción, casi perdidos en el abismo inconmensurable de las distancias pampeanas, por falta de una hoja periodística que les acerque é identifique. Las grandes revistas semanales son esencialmente metropolitanas. (*Mate Amargo*, 5/7/1911, p. 5).

Obviando por ahora el talante capitalino o su ausencia (que como veremos incidió efectivamente en el tratamiento que hicieron estas revistas de las enfermedades en los inicios de siglo) podemos afirmar que se trataba de un ecosistema gráfico complejo que se había expandido a gran ritmo y no dejaba de hacerlo. En este concierto, si el “semanario festivo, literario, artístico y de actualidades” *Caras y Caretas*, que vio la luz por primera vez en nuestro país en 1898, puede considerarse el magazine por excelencia y la empresa editorial más emblemática del período al circular hasta 1939 con rotundo éxito (Rojas, 1948; Rivera, 1985; Prieto, 1988; Rogers, 2008 entre otros), ello no implica desconocer la existencia de otros proyectos gráficos que se cuentan por cientos. Aunque otras publicaciones que aún hoy nos resultan conocidas como *PBT*, “semanario infantil ilustrado (para niños de 6 á 80 años)” fundado en 1904, o *Fray Mocho*, “semanario

festivo, literario, artístico y de actualidades” creado en 1912, pueden explicarse en parte por las tensiones desatadas al interior de *Caras y Caretas*, existieron otras tantas revistas que aún en la actualidad parecen asombrarnos por su cantidad y calidad y que tuvieron distintas acogidas entre un público lector que no dejaba de expandirse como lo hacían las revistas. Como planteó ni bien iniciado el siglo xx el “semanario humorístico, político, social e ilustrado” *Cantaclaro*: “Vengo dispuesto á cobrar por mis conciertos, pero sin pretensiones de cantar mejor que ningun colega. El escenario es grande y en él cabemos todos sin necesidad de tirarnos con los trastos á la cabeza” (*Cantaclaro*, 30/1/1901, p. 5). Para la segunda década del siglo se había impuesto, en palabras de la “revista semanal de literatura amena y variada” *ABC*, “La necesidad de leer” (*ABC*, 1/10/1914, p. 3) y ante eso respondían los casi innumerables proyectos editoriales que incluían semanarios o revistas quincenales ilustradas, de letras, de artes, de sociología, de actualidades y una variedad que no hacía más que seguir complejizando este atiborrado paisaje cultural gráfico argentino. En general estas publicaciones incluyeron en la medida en que pudieron a las imágenes en blanco y negro y a color, y de distintos tipos (dibujos, ilustraciones, caricaturas, fotografías) como un componente central tanto en sus tapas como en su interior.

Muchas de estas publicaciones, consideradas como fuentes, permiten seguir el pulso de acontecimientos políticos, sociales y económicos. Vistas en conjuntos, nos informan de modo extraordinario sobre el carácter abigarrado de esas coyunturas. Un examen en el largo plazo posibilita comprender procesos culturales complejos. Pero no se trata de ponderarlas únicamente como testigos de sus tiempos. Distintos estudios realizados desde diversas disciplinas sociales en el último tiempo (Saïtta, 1998; Eujanián, 1999; Román, 2010; Rogers, 2009, Szir, 2016; Delgado y Rogers, 2019; entre otros) nos permiten reflexionar en torno a la construcción de una agenda propia por parte de esas revistas y sus estrategias pensándolas, en síntesis, como actores. Retomando lo planteado por Yolanda de Paz Trueba en otro capítulo de este libro, podemos afirmar entonces que la pren-

sa no fue ajena al cotidiano, que ese día a día incluyó en la Argentina de las primeras décadas del siglo pasado enfermedades y epidemias y que el registro que hicieron las publicaciones periódicas de la temática no fue azaroso o desinteresado. Como sostenemos en las próximas líneas en un contexto de extendida incredulidad producto de los avances médicos, estas revistas ilustradas buscaron visibilizar a las enfermedades como un enemigo *a priori* invisible, para reparar en los peligros que aparejaba su existencia: *ver para creer*.

Después de las epidemias decimonónicas: algunas imágenes (1900–1918)

–Era siempre cuidadoso y prudente, y como Vd. Bien lo sabe, la fiebre tifoidea no es una enfermedad de los ricos”.

–¿Tiene algún motivo para suponer que no fué (sic) tifus de lo que murió?

Titubeó un momento. –No, –agregando después despacio–: Pero estoy segura de que si Ud. lo hubiera visto, habría encontrado todo esto muy extraño también; tenía horror á toda enfermedad contagiosa, su casa de campo era un modelo de aseo, ningún sanatorio podía encontrarse mejor cuidado; un amigo calificó de estrictamente antiséptica su manera de vivir.

(El pesquisante bacteriólogo. Revista Atlanta, Buenos Aires, abril de 1911).

Una de las consecuencias más notorias de las epidemias decimonónicas fue el triunfo de la asepsia, lo que a los ojos de los contemporáneos de inicios del siglo pasado y hasta la aparición de la *grippe* de 1918, pareció eliminar los miedos pretéritos para aferrarse a la higiene como forma casi certificada de prevención. Si algunos fantasmas aún recorrían el escenario (porque de hecho aparecieron enfermedades o brotes de males muy temidos en nuestro país a finales del siglo y en otras latitudes durante las primeras décadas del xx) una

y otra vez se toparon con un aseo en aumento que los exorcizaba, devolviéndolos al siglo XIX.

Las revistas argentinas recurrieron a palabras e imágenes en este clima de higienismo extendido, cuestión explorada por Lucía Lionetti en otro capítulo de este libro. En el cambio de siglo la fotografía, las ilustraciones, las pinturas, los grabados y otras formas visuales se combinaron de forma compleja con textos variados, construyeron rostros para las enfermedades, caracterizaron aquellos espacios que podrían ser considerados como saneados o infectados y mostraron los síntomas en tiempos donde no era común la difusión de vistas de microscopio o laboratorio (como sí lo sería avanzada la década de 1910).

A pocos días de iniciado el nuevo siglo, Argentina atravesó un brote de peste bubónica del que el semanario *Caras y Caretas* dio cuenta. Valiéndose de otras publicaciones del Paraguay y medios de nuestro país, la revista refirió que los primeros casos se habían iniciado en octubre de 1899 en un buque que contaba con marineros portugueses infectados y que al tocar puerto en Asunción, la enfermedad se propagó en el vecino país.

Una niña proveniente de Paraguay a bordo de un navío fue la primera en presentar la sintomatología característica en Argentina: visibles bubones que pueden advertirse en una de las fotografías (Imagen 2) que compone la nota.



Imagen 2: Fotografía de niña infectada en “La peste bubónica en Argentina”.

Fuente: *Caras y Caretas*, 3 de febrero de 1900, (70), p. 20.

Pocos días después, dos niños (cuyas fotos también aparecen en la misma noticia) presentaron bultos en sus cuellos. Según se informó, esos pequeños fallecieron horas más tarde.

De Formosa, la peste se había trasladado a Rosario. Allí una mujer llamada Filomena, de ocupación lavandera, había sido la primera víctima en la ciudad. Una vez más, una fotografía publicada en la revista deja ver *a simple vista* la característica garganta del cuerpo que sufre la peste (Imagen 3).



Imagen 3: Fotografía de mujer infectada en “La peste bubónica en Argentina”.

Fuente: *Caras y Caretas*, 3 de febrero de 1900, (70), p. 19.

En enero de 1900, se registraron casos en Buenos Aires. La primera víctima según informó *Caras y Caretas* fue Sebastián Caseñere, un peón que trabajaba en un molino en constante comunicación con Rosario. Aunque el hombre terminó muriendo en aislamiento apartado de su hogar, la revista dio a conocer su dirección: Talcahuano 22. El frente de la propiedad bajo custodia policial “cuya fotografía ofrecemos” ocupó un lugar central en la primera página de la nota. (Imagen 4).



Imagen 4: Fotografía de frente de propiedad en nota “La peste bubónica en Argentina”.

Fuente: *Caras y Caretas*, 3 de febrero de 1900, (70), p. 19.

El segundo caso porteño se detectó en un conventillo ubicado en calle Cangallo 2883 donde vivía Remigio Rusconi. Como en el caso anterior, la revista presentó una fotografía del frente del edificio donde puede apreciarse guardia policial (Imagen 5). A los pocos días, aparecieron otros contagiados en el mismo barrio, personas que fueron aisladas y se las mantuvo en observación.



Imagen 5: Fotografía de frente de conventillo (detalle) en nota “La peste bubónica en Argentina”.

Fuente: *Caras y Caretas*, 3 de febrero de 1900, (70), p. 19.

Lejos de tratarse de una crónica, la nota es casi una declaración de principios del semanario respecto a las epidemias.

El hecho es que la peste bubónica está en la Argentina y que ha llegado el momento de prescindir de discusiones y proceder á defenderse de ella. Y aunque no faltan opiniones de hombres de ciencia que niegan importancia á la epidemia, dada la forma en que ha hecho su aparición entre nosotros, la alarma que han producido las denuncias de casos más ó menos sospechosos, ha tenido, cuando menos, la ventaja de poner en conmoción á las autoridades sanitarias y con ello hemos salido ganando con lo que en beneficio de la higiene pública se ha realizado, tal como el desecamiento de terrenos pantanosos, el desalojo de algunas viviendas, verdaderos focos de infección, el saneamiento de algunas oficinas públicas, etc. Tratándose de la salud pública, más vale pecar de aprensivos que de despreocupados. (Caras y Caretas, 3/2/1900, p. 19).

La inquietud ante un brote epidémico se combinó con otros conceptos no explícitamente desarrollados. La fotografía antes mencionada (Imagen II) muestra una niña expuesta, quien ha sido arrebatada de su ropa. La desnudez de su cuerpo (no total pues la pequeña logra cubrirse su pubis) revela tres bubones: una persona le sostiene la cabeza para que pueda observarse el de su garganta, otro se aloja en su ingle (de allí que la cobertura que hace la nena no sea total) y una tercera persona señala el de su axila. Su padecimiento e incomodidad se nos presentan con una indicación: “La niña paraguaya que llevó la peste á Formosa” versa el epígrafe de esa imagen. La enfermedad arrasa con la pequeña al tiempo que la revista la expone como el agente de contagio. Las víctimas de la peste que conocemos mediante imágenes (una mujer e infantes) difieren de los contagiados porteños: aunque sabemos sus nombres, la atención se centra en sus hogares. En ese caso, se opta por describir minuciosamente las direcciones de los hombres y dar a conocer en imágenes, las fachadas de sus domicilios. Quizás como advertencia de los lugares donde la peste ha transitado. Lejos de ser imágenes *ilustrativas* entonces,

estas fotografías de *Caras y Caretas* construyen una serie de sentidos: la peste es importada, la enfermedad puede verse, se puede/debe señalar a sus víctimas o los espacios habitados en tanto cuestión de salud pública. La peste está entre nosotros. Vean. Crean.

En los meses posteriores, los casos de esa enfermedad fueron cesando y con el correr de los años, se consolidó la confianza de una sociedad que, conforme se saneaba, afrontaba menos problemas de salud. El desarrollo científico se volvió parte del cotidiano aunque en algunas revistas como *La Vida Moderna*, el “*semanario–magazine argentino*”, podemos encontrar burlas que encubren críticas a ese progreso del conocimiento:

Ya no hay barbaridad que no traiga aparejada su atenuación ni error que no se disculpe, ni zoncera que no tenga su ribete científico. La ciencia! Cómo se ha progresado y cómo sirve para todo! Yo la respeto mucho, pero ello no impide que me haga infinita gracia. Son admirables sus adelantos! Europa que posee el privilegio de la sabiduría y cuenta tantos sabios como aldeas, ilumina el mundo con los destellos de esas eminencias, que repartiéndose el lote científico en dosis homeopáticas tal es su número, han llegado á la especialización de lo microscópico (*La Vida Moderna*, 11/6/1908, p. 26).

En ese marco, se difundieron imágenes como la ilustración dispuesta en esa nota del semanario porteño: el hombre de ciencia solitario en su laboratorio atento a su microscopio buscando mirar lo que los ojos, a simple vista, no pueden ver. (Imagen 6)



Imagen 6: Ilustración (detalle) de la nota “Rezongos de uno á la antigua”.

Fuente: *Vida Moderna*, 11 de junio de 1908, (61), p. 26.

En varias publicaciones de la época, las epidemias se transformaron en un tópico casi extemporáneo o demasiado lejano, una cuestión que se abordaba a la distancia y donde una y otra vez se insistía en la higiene en tanto prevención. A poco de comenzada la segunda década del siglo, en su primer número, *Atlanta* (un “magazine mensual” creado en 1911) incluyó en sus páginas “El pesquisante bacteriólogo”, una historia ambientada en Estados Unidos cuyo argumento inicial es el de una mujer que acude a un científico para que resuelva una muerte que sospecha como asesinato. En principio, podríamos afirmar que el carácter policial del relato se presumía de gran recepción entre el público argentino. El mismo año que apareció *Atlanta*, vio la luz *Sherlocks Holmes*, “revista semanal ilustrada”, dedicada específicamente a policiales. Otras de la misma década como *ABC* publicaban en sus páginas narraciones de esa misma índole. Semanarios como *Fray Mocho* durante toda su existencia incluyeron en sus páginas noticias de “crímenes misteriosos”. Lo que resulta atractivo del relato “El pesquisante bacteriólogo”, entonces, no es su talante policíaco extendido en otras publicaciones sino algunos aspectos que pueden permitirnos reflexionar en torno al escenario gráfico argentino epocal, de cara y siempre atento, a las enfermedades y epidemias.

En la narración, el personaje de la señorita Eveline Birlee se entrevista con el profesor Keneddy y su ayudante en el laboratorio del científico, manifestando las sospechas por la muerte de su tutor. La descripción de ese fallecimiento en principio por fiebre tifoidea, el contagio de otras personas y los síntomas de quienes posteriormente mueren dan lugar a una aventura donde los indicios permiten descubrir un deceso orquestado. Las referencias a la asepsia son continuas a lo largo de las páginas y son las que en la trama van acentuando la desconfianza y la incredulidad ante una muerte producto de una enfermedad. La descripción con que se abre este apartado de una casa de campo completamente higiénica donde se diera el contagio de tifus (una enfermedad que *a priori* la señorita Birlee considera característica de sectores empobrecidos en tanto poco

propensos a la asepsia), es una entre varias. El personaje de la mujer casi sistemáticamente refiere a los propios recaudos, temerosa que la enfermedad avance sobre ella:

Yo escapé milagrosamente hasta ahora, pero quien sabe cuando me tocará. Estoy tan asustada, que no he comido un bocado en nuestro departamento desde que volví. Cuando me siento desfallecer me voy á un restaurant [...]. No bebo más agua que la que yo misma he hervido [...]. He hecho uso de desinfectantes y germicidas por toneladas, y sin embargo no me encuentro á gusto. Las autoridades sanitarias mismas no pueden hacer desvanecer mis temores (*Atlanta*, abril de 1911, p. 72).

Con la ayuda de microscopios, tubos de ensayo y máquinas fotográficas, el científico y su ayudante descubren que el asesino se había vacunado tres veces de forma de inocularse antes de intencionalmente, instalar la enfermedad en la casa de la víctima. La ilustración que se presenta en el relato refiere a los tres personajes centrales: la dama, el científico y su ayudante (Imagen 7).

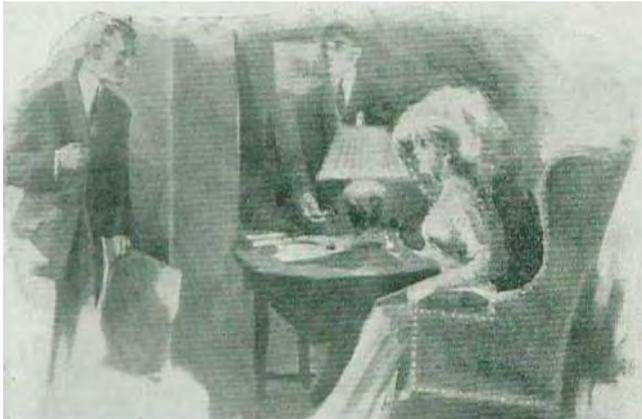


Imagen 7: Ilustración (detalle) de relato “El pesquisante bacteriólogo”.

Fuente: *Atlanta*, abril de 1911, (1), p. 71.

Se trata de una ilustración, también aséptica, que muestra a las personas vistiendo ropas formales, en un espacio refinado –quizás por demás– por tratarse de un laboratorio. Aunque como dijimos la historia se contextualice en Estados Unidos, nos interesa remarcar su inclusión en una revista argentina ilustrada. Aún más: el presupuesto sostenido de que la muerte por enfermedad en un marco de aseo no podía ser natural.

En este contexto, las publicaciones de nuestro país, siempre atentas a las enfermedades y los contagios, encontraron en la Primera Guerra Mundial un marco lejano y –como era de esperarse– poco aséptico. El por entonces muy famoso corresponsal Juan José de Soiza Reilly, quien trabajó para distintos periódicos y revistas argentinas, visitó en 1916 a prisioneros tuberculosos provenientes de Alemania, en Leysin (Suiza), previa tramitación de una autorización, cuya fotografía (Imagen 8) fue publicada en la revista *Fray Mocho* donde apareció la nota.

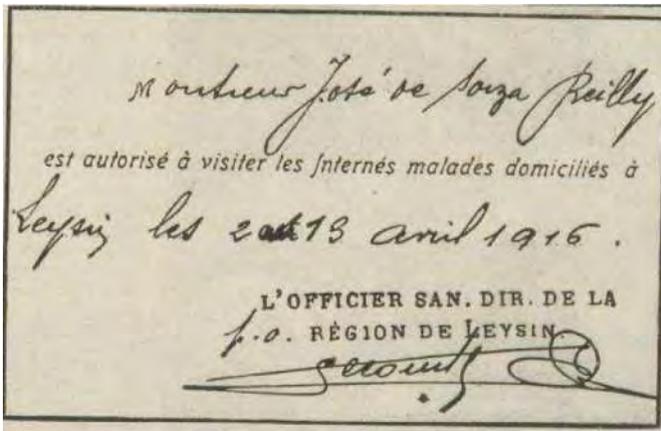


Imagen 8: Fotografía de autorización de Soiza Reilly en nota “Los prisioneros tuberculosos”.

Fuente: *Fray Mocho*, 19 de mayo de 1916, (212), p. 29.

Soiza Reilly redactó una extensa crónica emotiva y que acerca al lector y lectora de la revista, a la muerte.

Un temblor frío me corrió por el cráneo, alrededor del sombrero. No fué miedo a la enfermedad. Lo que me horrorizó fué que estos hombres hablasen de ella como de una cosa sencilla y natural. En todas partes, los pacientes de este mal, ignoran que lo sufren. Pero, estos hombres de bronce, que han vivido en la boca del lobo, –pues no se cae prisionero sin haber estado en la primera línea de combate–, hállanse habituados de tal modo a contemplar la muerte que no tiemblan de espanto al saber que la llevan, como un fardo, sobre los pulmones [...] Hablan de su mal como de una persona amiga que tuviera caprichos y bondades. Se transmiten las impresiones y las experiencias de la enfermedad con una tranquila indiferencia macabra. De lo que más se ocupan es de la fiebre. Esa fiebre lenta, pertinaz, horrible, –polilla de los pulmones–, que se va a horas fijas y que vuelve también a horas fijas, a la madrugada y a la tardecita (Fray Mocho, 19/5/1916, p. 29).

La nota se extiende a lo largo de cinco páginas en las cuales se han incluido (considerando la del trámite que habilita al corresponsal) diez fotografías; seis retratan los cortejos improvisados que llevan a los cementerios a los fallecidos y que se componen de los enfermos que aún están en condiciones de caminar. Tres imágenes captan a los pacientes y una de ellas incluye al propio corresponsal que posa junto a los soldados infectados detenidos (Véanse imágenes 9 y 10). En general, estas fotografías acentúan los enfermos y la muerte.



Imagen 9: Fotografía (detalle) de Soiza Reilly junto a enfermos en nota “Los prisioneros tuberculosos”.

Fuente: *Fray Mocho*. 19 de mayo de 1916, (212) p. 33.



Imagen 10: Fotografía (detalle) de cortejos fúnebres en nota “Los prisioneros tuberculosos”.

Fuente: *Fray Mocho*, 19 de mayo de 1916, (212), p. 31.

Pero como dijimos se trata de una realidad ajena pues, tal como el personaje de la señorita Birlee en Estados Unidos y en condiciones muy distintas a las de estos soldados infectados, muchas personas aprehendieron los tópicos higienistas en la Argentina y comenzaron a consumir productos dedicados a la limpieza personal y de sus hogares. Las publicaciones periódicas de nuestro país también se nos presentan así como un reservorio extraordinario de cientos de productos producidos en este contexto. En las páginas de las revistas ilustradas, podemos encontrar una gran cantidad de publicidades, ellas también compuestas por elementos visuales así como especificaciones respecto de la elaboración de esos productos. En 1917, por ejemplo, *Fray Mocho* publicó una breve nota acerca de la utilización de la máscara contra los gases (Imagen 11). Lejos de tratarse de un instrumento utilizado solamente en los campos de batalla, su uso se había extendido a una industria que manipulaba productos químicos peligrosos. La información contuvo una fotografía donde puede observarse una mujer protegiéndose de las emanaciones mientras embotella algunos desinfectantes.



Imagen 11: Fotografía donde se observa una mujer con máscara de gas embotellando desinfectantes en nota “No sólo en las trincheras se usa la máscara contra los gases”.

Fuente: *Fray Mocho*, 20 de septiembre de 1917, (282), p. 42.

Entre la gran cantidad de revistas de la época quizás la que se presente más abigarrada de pauta comercial sea *Caras y Caretas*, concebida desde sus orígenes como una empresa de bajo costo para los y las lectoras y que aseguró su subsistencia por medio de una gran cantidad de anuncios (Rogers, 2008). Vista en retrospectiva, se nos presenta como un gran catálogo de productos y servicios que se ofertaban en la Argentina de inicios del siglo pasado. Si en un mismo número del año 1904 podemos encontrar las publicidades ilustradas del cirujano y dentista Dr. A. Levinson (quien, según se informaba en el anuncio, había recibido la medalla de oro como “primer premio otorgado en la Exposición de Higiene, sección odontología”), la de los chocolates para diabéticos Matías López (“premiado con el gran premio de honor: Medalla de Oro en la Exposición Internacional de Higiene de Buenos Aires de mayo de 1904”) y la de los Caramelos Digestivos Tónicos del Doctor Bravo (los que habían obtenido “el gran premio de honor medalla de oro en la Exposición Internacional de Higiene–Mayo de 1904”) (*Caras y Caretas*, 2/7/1904), una década más

tarde ya no se trataría solamente de servicios o productos medicinales sino que las publicidades sugieren un mercado higiénico expandido. Así, los anuncios a página completa de las grandes tiendas porteñas tan frecuentes a principios de siglo fueron palideciendo por otros cientos de publicidades. En algunos casos se trataba aún de productos médicos aunque diversificados y aprobados por el Departamento Nacional de Higiene como *Noridal* “que curará sus hemorroides” (*Caras y Caretas*, 5/10/1918). Otros combinaban cuestiones de salud con estética, como los de higiene bucal que incluían productos destinados al blanqueo de dientes y jarabes consignados a la salud odontológica en general. Había también anuncios comerciales de jabones de todo tipo (para el lavado y cuidado de la ropa, el aseo personal y el tratamiento de problemas en la piel), y llegaron a presentarse otros incluso más específicos. Es el caso de *Aniodol*, producido en la Rue Condorcet 40 de París, que arribaba a nuestro país como “el antiséptico más poderoso – No es Tóxico”. En su presentación de uso externo estaba destinado a combatir “Llagas de toda especie, Quemaduras, Picadas. Enfermedades de la VISTA y la PIEL. INDISPENSABLE para el ASEO ÍNTIMO. Suprime todos los Achaques periódicos, previene y cura las Enfermedades de la Mujer”. (*Caras y Caretas*, 5/10/1918).

El *Aniodol* interno ostentaba ser “El desinfectante más poderoso. 1º del TUBO GASTRO–INTESTINAL: Enteritis, Diarrea, Fiebre Tifoidea, Cólera infantil, Disenterías, Fiebres. 2º de las VÍAS RESPIRATORIAS: Gripe, Resfriados, Bronquitis, Catarros. Además era un “DESODORANTE MARAVILLOSO” recomendado en dosis de una o dos cucharadas grandes en un litro de agua destinado a “cualquier uso externo” [Mayúsculas en original], *Caras y Caretas*, 5/10/1918).

Para noviembre de 1918, algunas firmas posicionaron dentro del semanario sus productos antisépticos en grandes publicidades ilustradas a hoja completa, como aquella que versaba “CONTRA LA GRIPPE 20 gramos de LYSOFORM, en un litro de agua, es la proporción necesaria para desinfectar perfectamente su casa” (*Caras y Caretas*, 2/11/1918) (Imagen 12).

Ver para creer. Imágenes en revistas argentinas antes, durante y después de la *gripe* (1900–1930)



Imagen 12: Publicidad a página completa de Lysoform.
Fuente: *Caras y Caretas*, 2 de noviembre de 1918, (1048), p. 35.

Esta rápida respuesta comercial, sin embargo, parece haber estado alejada de la contestación social signada por la incertidumbre que se había generado por una nueva epidemia que avanzaba en nuestro país en el último tercio de aquel año.

Imágenes durante y después de la gripe en la Argentina (1918–1930)

“Dulce vecina” de la vieja Europa,
Huésped ilustre que ninguno quiere,
Peste benigna, candorosa y pava,
Gripe execrable
pues nos dejaste con los huesos rotos
y nos has hecho cometer zonceras,
y ya has cumplido tu misión jocunda,
¡vete al infierno!
“La benévola y difundida epidemia”
Caras y Caretas, 2 de noviembre de 1918.

Las revistas ilustradas argentinas muestran, en general, el estado primero incrédulo y luego atónito con el que los contemporáneos (entre ellas la mayor parte de las propias publicaciones) asumieron el brote epidémico iniciado en octubre de 1918. ¿Cómo era posible la difusión rápida de una nueva enfermedad con alta tasa de mortalidad si para lo único que parecía no haber remedio, como chasqueaban muchas, era para los *incurables* que padecían el amor? (Imagen 13).



Imagen 13: Ilustración “Los incurables”.

Fuente: *Fray Mocho*, 24 de diciembre de 1918, (348), p. 7.

Ante aquella pregunta, entre las múltiples respuestas ensayadas que no escaparon a la lógica higienista epocal, algunas de estas publicaciones encontraron una novedosa enfermedad. Fue el caso de *El Hogar* que como adelantamos en las líneas con que se abre este capítulo, argumentó que “si bien es cierto que durante esta guerra [se refería a la Primera Guerra Mundial] han aumentado los casos de tuberculosis, [como retrata la cobertura de Soiza Reily para *Fray Mocho*] las dolencias infecciosas no alcanzan a producir la horrorosa mortandad que en los días de la edad media”. En el razonamiento de esa revista, la antisepsia e higiene extendida habrían mitigado buena parte de las consecuencias para la salud pública del conflicto, aunque la misma revista reconocía que la *grippe* se había expandido rápidamente por todo el continente europeo y había llegado incluso a nuestro país, afirmaba que “este flagelo parece ser una dolencia

nueva cuyo agente patógeno no es por lo tanto el bacilo de Pfeiffer, demasiado conocido por los bacteriólogos” (*El Hogar*, 25/10/1918, p. 17). Quizás como muestra de la preocupación con que sus editores asumían la epidemia, la revista se colmó de narraciones ficticias que aparecieron ilustradas. Refiriéndose a los paliativos que podían darse a personas insanas, los últimos momentos de infantes y la propia parca alzándose con sus víctimas, en general esas palabras e imágenes retrataron en definitiva el cuidado de enfermos, la agonía y la muerte con gran énfasis. (Imagen 14).



Imagen 14: Ilustración de narración “Sobre las olas”.
Fuente: *El Hogar*, 25 de octubre de 1918, (473), p. 41.

Otras publicaciones señalaron que el aseo personal estaba extendido en proporciones inversamente proporcionales al del estado de una ciudad como Buenos Aires. *Fray Mocho*, por ejemplo, cuestionó duramente la actuación del gobierno municipal.

Con motivo de la gripe de las 11, [el intendente] se dedicó a instruir a la población en ejercicios de higiene. Pero la población clamó súbitamente: “¿Usted nos va a enseñar de higiene? ¿Usted? Venga para acá, amigo: ¿ve esa calle, llena de montoncitos de basura? Bien: hay tres mil calles en Buenos Aires que están en las mismas condiciones. Vea este plano de Buenos Aires: aquí, aquí, aquí, etc., hay aguas estanca-

das que ensucian barrios enteros. Son una Venecia en el último grado de atorrantismo. Los corralones municipales están convertidos en criadores de moscas y laboratorios de fetidez. Los mismos corredores de la Intendencia tienen la cama tendida para la tuberculosis. Cuando comenzó la gripe, hubo partes de la ciudad en que no se recogió basura durante, dos, tres y cuatro días. (Fray Mocho, 19/11/1918, p. 4).

En ese mismo sentido, el semanario subrayó también las deficiencias del sistema de salud local:

En los hospitales municipales, faltan medicinas para curar a los que se enfermaron por la suciedad de la ciudad. Sepa, comprenda, persuádase y medite, que nunca estuvo la ciudad tan sucia”. La editorial finalmente señaló un aspecto central pues mientras se presumieron extendidos los conceptos higienistas en la población, abiertamente se marcó la falta de cuidados en el espacio urbano: “¡Qué población impertinente! ¡No se sabe cómo puede haber sacado tanto orgullo de una ciudad tan sucia! (Fray Mocho, 19/11/1918, p. 4).

Al igual que lo hizo *El Hogar*, *Fray Mocho* también incluyó imágenes que al igual que las palabras, adelantaban un escenario sombrío. Así y en color, algunos relatos aparecieron ilustrados con escenas de agonías y muerte. (Imagen 15).

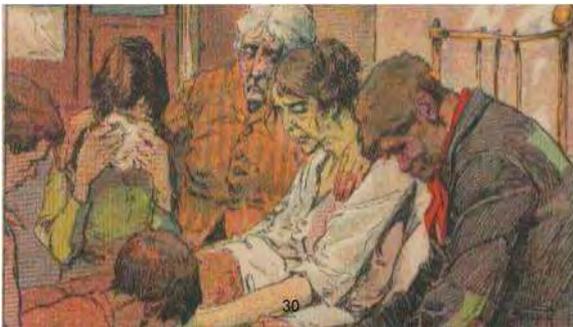


Imagen 15: Ilustración (detalle) en narración “La muerte del borracho”.

Fuente: *Fray Mocho*, 12 de noviembre de 1918, (342), p. 13.

En este concierto y mientras la preocupación sanitaria se acentuaba en la mayor parte de las revistas, *Caras y Caretas* (esa publicación donde paradójicamente la publicidad de productos destinados a la higiene se expandía de forma extraordinaria incluso comparada con otros semanarios) buscó ponerle paños fríos al estado social febril. A diferencia de sus contemporáneas, en noviembre de 1918 señaló que el nuevo brote era uno más de la *grippe* ya conocida que se había ocasionado, según esta publicación, por el agente bacteriológico que Pfeiffer había logrado aislar en 1892. Se trataba entonces de “una enfermedad microbiana, contagiosa, epidémica”. Afirmaron que

La *grippe* es altamente contagiosa y su difusión se hace por contagio directo de persona a persona o por intermedio de objetos que han estado en contacto con los enfermos; las secreciones de los bronquios contienen por millares los bacilos de Pfeiffer y al toser los enfermos, los bacilos se mezclan con el aire y llevan la infección a todas partes. (*Caras y Caretas*, 2/11/1918, p. 35).

La publicación aseveraba que “el contagio se transporta por el aire”. Dando cuenta del conocimiento extendido que se tenía de la dolencia, la nota de *Caras y Caretas* incluyó una descripción pormenorizada de las comidas, bebidas y medicamentos para tratar los síntomas y de recomendaciones, como evitar conglomeraciones sobre todo tratándose de “personas ancianas y débiles”. Al final de la información, el semanario sentenció que

Debe también recordarse que el miedo es lo que más deprime el sistema nervioso y es una buena medida ejercitar la voluntad para no dejarse dominar por un temor que nada justifica, ya que la influenza es bien conocida y se combate con éxito (*Caras y Caretas*, 2/11/1918, p. 35).

Así también se distanció del resto de la prensa que no hacía más que reproducir una noción de peligro que los redactores de *Caras y*

Caretas consideraban inexistente. Cuestionó la actuación de los medios contemporáneos con caricaturas como la de la imagen 16 en la que un niño repartiendo diarios lleva en su mano un periódico donde puede leerse “La epidemia de moda, o el pánico de la gripe” (*Caras y Caretas*, 26/10/1918, p. 45).



Imagen 16: Caricatura de niño repartiendo periódicos, que hace alusión a la epidemia y el rol de las publicaciones.

Fuente: *Caras y Caretas*, 26 de octubre de 1918, (1047), p. 45.

Estas publicaciones vistas en conjunto fulguran, por un lado, los debates médico–científicos en la Argentina de ese período. Como han estudiado Rivero y Carbonetti (2016), la enfermedad provocó confusión entre las elites médicas que tenían escasos conocimientos sobre su etiología, lo que llevó a la aparición de numerosos aunque poco efectivos tratamientos. De allí que podamos comprender las distintas posturas asumidas, las diversas explicaciones y las múltiples recomendaciones que expresaron las revistas. Pues por muchos años, fueron demasiadas las dudas respecto del comportamiento de la enfermedad, por qué apareció tan rápido y las causas por las que se desvaneció, también, casi abruptamente. Hoy sabemos que ingresó a nuestro país por el puerto de Buenos Aires y que afectó desde octubre de 1918 principalmente al litoral. En mayo del año siguiente se produjo un rebrote, de gran intensidad en el norte de Argentina, como en las provincias de Salta, Jujuy, Catamarca, Tucumán y Santiago del Estero donde si bien no hubo una morbilidad más alta que

en el resto del país, se produjo una gran mortalidad en poco tiempo debido a las condiciones socioeconómicas y de atención en esos espacios (Carbonetti, 2010 y Carbonetti y Álvarez, 2018). Ni las publicaciones más alarmistas pudieron prever, empero, el impacto de la enfermedad en la sociedad argentina: la epidemia se cobró la vida de treinta mil personas en menos de un año (Carbonetti, 2010).

Por otro, estas revistas nos permiten identificar las distintas estrategias visuales que se dieron en las publicaciones durante la epidemia. Algunas de esas estrategias respondieron directamente a las publicidades ilustradas que conformaron lo que se ha denominado una “oferta oportunista” de productos que habitualmente no eran de uso común (Carbonetti y Rodríguez, 2007).

Es el caso del anuncio comercial de la Mesa para enfermos *Veni-Vidi-Vici* que “proporciona comodidad y bienestar al paciente” (*Caras y Caretas*, 2/11/1918, p. 15). Como puede observarse en la imagen 17, cuatro escenas son retratadas de las cuales tres presentan mujeres enfermas y una cuarta, un niño o niña bajo cuidado de otra mujer. En todas cobra protagonismo, claro está, la mesa.



Imagen 17: Publicidad *Mesa para enfermos Veni-Vidi-Vici*.
Fuente: *Caras y Caretas*, 2 de noviembre de 1918, (1048), p. 15.

Es posible identificar también un uso político de estas imágenes vinculadas a la enfermedad (Carbonetti, 2010b y Carbonetti y Rivero, 2020) o ridiculizaciones de quienes tomaban demasiados recaudos. Sin desconocer estos aspectos, podemos examinar una caricatura de portada con otra del interior de *Caras y Caretas* que se publicaron durante el brote de 1918 e identificar elementos que estaban presentes en distintas sociedades desde hacía siglos y que pueden interpretarse como permanencias en procesos de muy larga duración. Mientras la imagen 18 ridiculiza al por entonces presidente Hipólito Yrigoyen al presentarlo mortificado ante la *grippe* y con varios conflictos políticos, la imagen 19 exagera para burlarse de los cuidados que algunos porteños, por ejemplo, estaban tomando ante la enfermedad. Ambas caricaturas incluyen a la canela (la primera en el título y en tanto recomendación al presidente; la segunda como parte de los artilugios que usa el hombre para preservarse de la enfermedad). Se trata de un recurso conocido desde el siglo xvii, cuando los médicos con sus trajes y máscaras “pico de pájaro” buscaban evitar el contagio de peste negra utilizando artículos perfumados (como la canela) para contrarrestar la putrefacción del aire (de Paz Trueba, Echeverría, Gómez y Lionetti, 2020) (Véanse imágenes 18 y 19).



Imagen 18: Caricatura de portada “Tomá canela”.
Fuente: *Caras y Caretas*, 9 de noviembre de 1918, (1049), p. 1.



Imagen 19: Caricatura de carátula interna “Profilaxis contra la grippe”.

Fuente: *Caras y Caretas*, 2 de noviembre de 1918, (1048), p. 43.

En general, y aunque se tratara de una ya conocida o nueva enfermedad, estas publicaciones ilustradas buscaron mostrar aquello que los ojos no podían ver, para eventualmente, creer. Pues en el contexto de la *grippe*, *Caras y Caretas* ya no podía documentar bubones mediante fotografías como en el caso de la peste negra de 1900 o *Fray Mocho* insertar imágenes de tuberculosos. Las estrategias en este sentido abarcaron un amplio espectro. Algunas remitieron a vistas de microscopios que fueron publicadas no una sino varias veces en distintos números de una misma revista como sucedió con la imagen 20 al considerar, como señaló *Caras y Caretas*, que “conocer el enemigo es tenerlo medio vencido” (*Caras y Caretas*, 26/10/1918, p. 10).

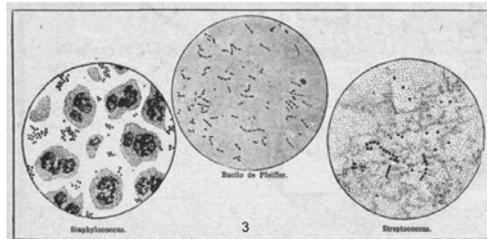


Imagen 20: Ilustración en nota “La influenza– Sus causas y tratamientos”.

Fuente: *Caras y Caretas*, 2 de noviembre de 1918, (1048), p. 35.

Otras maniobras visuales, como adelantamos, hicieron hincapié en visibilizar a los enfermos y sus cuidados. Aunque las mujeres siguieron operando un rol protagónico en tanto fueron construidas como quienes padecían junto a infantes, especialmente durante el rebrote de 1919, el género de los mórbidos se diversificó. Si a comienzos de junio de ese año la publicidad del *Elixir Lágrimas de Pino* que apuntaba directamente a combatir la epidemia se ilustraba, como muestra la imagen 21, con una mujer tomándose el pecho, solo dos semanas después el mismo anuncio presentó un hombre que parece estar tosiendo al momento de la fotografía (Imagen 22).



Imagen 21: Publicidad de *Elixir Lágrimas de Pino*.
Fuente: *Caras y Caretas*, 7 de junio de 1919, (1079), p. 83.



Imagen 22: Publicidad de *Elixir Lágrimas de Pino*.
Fuente: *Caras y Caretas*, 21 de junio de 1919, (1081), p. 19.

En particular, dentro de los hombres se señaló a los de avanzada edad en tanto grupo de riesgo como puede observarse en la imagen 23. En contrapartida, otras iconografías durante la epidemia muestran que las mujeres ya no solamente fueron las depositarias de la enfermedad sino que a su cargo tuvieron el cuidado de los enfermos.



Imagen 23: Ilustración de hombre de avanzada edad enfermo en publicidad de *Bronquiol*.

Fuente: *Caras y Caretas*, 2 de agosto de 1919, (1087), p. 98.

Aunque no faltaron las imágenes que remitieron a una tarea desafiada en el marco del hogar y que aludieron al cuidado de niños y niñas, el rol femenino sobre todo desde 1919 en estas revistas ilustradas argentinas se presentó vinculado estrechamente a un proceso de profesionalización: el de la enfermería (Imagen 24), cuestión en este libro abordada en el capítulo escrito por Karina Ramacciotti y Daniela Testa.



Imagen 24: Ilustración (detalle) de enfermera en relato “Donde menos se piensa”.

Fuente: *El Hogar*, 25 de octubre de 1918, (473), p. 21.

Por último, dentro de las estrategias visuales que se dieron en estas publicaciones en el marco de la *gripe* podemos mencionar aquellas que retrataron los cambios en el escenario urbano. En especial, las revistas ilustradas aludieron por medio de fotografías a aquellas transformaciones impuestas por las autoridades municipales de Buenos Aires como el cierre de los teatros y los cinematógrafos para mitigar los contagios (Imagen 25).



Imagen 25: Fotografía en nota “El cierre de teatros y cinematógrafos”.

Fuente: *Caras y Caretas*, 2 de noviembre de 1918, (1048), p. 48.

La dama vecina de Europa, como señaló *Caras y Caretas* a la enfermedad epidémica en el verso con que se abre este apartado, retornó a los infiernos a mediados de 1919. En general, las revistas ilustradas argentinas parecen mostrarnos que la *grippe* fue una suerte de paréntesis en aquella sociedad. Un examen de esas publicaciones hasta 1930 (fecha en que todavía no se había podido identificar a la enfermedad que ocasionó tantas muertes en varios países) revela que la avanzada higienista no se detuvo, que las condiciones de vida para muchas personas siguieron siendo muy precarias –cuando no paupérrimas– y que el sistema sanitario se afianzaba en algunos lugares mientras que en otras regiones del país el acceso a la salud seguía siendo muy difícil o imposible.

En el caso de las revistas que circulaban desde hacía ya varios años, es notoria la continuidad en sus líneas argumentativas. *Fray Mocho* siguió encontrando en los tópicos higienistas una referencia sistemática para señalar, especialmente, las condiciones de aseo urbano. Mientras que en el año 1920 daba cuenta, por ejemplo, del congreso celebrado en Londres donde se discutió sobre *housing and town planning* y en el que se había debatido acerca de comodidades estéticas, morales y sobre todo higiénicas que las edificaciones familiares debían tener *Fray Mocho*, 21/9/1920, p. 29), a finales de la década la revista interpeló a sus lectores al considerar los conventillos porteños como un problema urgente. Señaló que

En muchas ocasiones la prensa pugnó en igual sentido, entendiendo que una razón superior de orden sanitario obligaba a desalojar de nuestra ciudad el repugnante cuadro de promiscuidad y miseria de aquel género de viviendas. Precisamente fué con idénticas razones que algunas eminencias médicas que nos visitaron recientemente abogaron por el mejoramiento de nuestras condiciones de vida, sosteniendo la necesidad imprescindible de extinguir el conventillo considerado como foco de propagación de muchas afecciones sociales. Es que el conventillo es algo más –mucho más– que una simple cuestión de belleza edilicia. No sólo lesiona la estética urbana. Antes

que por esto, el conventillo es una lacra en nuestra ciudad por su carácter antihigiénico, por su condición de vehículo de las peores enfermedades colectivas”. Incluso sostuvo que enfermedades altamente contagiosas aunque no clínicas podrían desarrollarse en esos espacios, como el “comunismo” (Fray Mocho, 18 de junio de 1929, p. 3).

La publicación argentina además de seguir insistiendo en la higiene (y las metamorfosis de las ciudades, cuestión que es analizada por Jorge Troisi Melean en otro capítulo de esta obra) indagó aún con mayor profundidad que antes de la *grippe*, en distintas aristas del mundo clínico. El tratamiento de enfermedades y los avances médicos y científicos se transformaron en una constante de sus páginas:

El hecho de que la mortalidad por causa de cáncer sea mayor en aquellas regiones donde el estado del agua potable es poco satisfactorio, ha llevado al doctor Belha a reconocer una relación directa entre el agua impura y dicha enfermedad terrible (Fray Mocho, 9/3/1920, p. 17).

Hoy, que todo el mundo sabe que la mayor parte de las enfermedades que aquejan al hombre son producto de la invasión de microbios perjudiciales, es muy justo que se haga notar algo la defensa del propio cuerpo (Fray Mocho, 29/7/1924, p. 13).

El yodo no agrava los casos de papera simple ya desarrollada, sino que, por el contrario, mejora la dolencia en un gran porcentaje de casos (Fray Mocho, 11/11/1924, p. 14).

En este universo, algunos profesionales de la salud asumieron un rol significativo. Como desarrolla Lucas Andrés Masán en otro capítulo de este libro, lo que llama el “panteón médico” (en tanto referencias visuales de doctores devenidos en personajes públicos de gran relevancia) venía conformándose desde mediados del siglo pasado. Durante la *grippe*, las publicaciones ilustradas argentinas remitie-

ron en más de una oportunidad a esos profesionales. Algunas como *Caras y Caretas* además de visibilizar a boticarios y “hombres de ciencia” en general, dieron cuenta de los médicos aunque en muchos casos como en la imagen 26 mediante caricaturas que ridiculizaban el escaso conocimiento que se tuvo en la época de la enfermedad.



Imagen 26: Caricatura que alude a la actitud de los médicos durante la epidemia de *grippe*.

Fuente: *Caras y Caretas*, 26 de octubre de 1918, (1047), p. 45.

Sin embargo, y más allá del intento de esta revista por si no desacralizar al menos poner en el centro de la escena que la experticia no había sido suficiente para palear el desarrollo de la *grippe*, en los años posteriores la imagen de los médicos continuó ocupando un papel específico en tanto garantes de la salud, bien ponderados socialmente: “Originarios de la estirpe moral que perfila y destaca a los servidores de la ciencia” (*Fray Mocho*, 24/6/1924, p. 20). Pero a diferencia de lo que ocurría en el siglo XIX, y que Masán estudia, estas imágenes no hacían foco solo en reputados médicos sino que es posible detectar cierta democratización en la visualización ya que se incluía doctores menos afamados o practicantes. (Imagen 27).

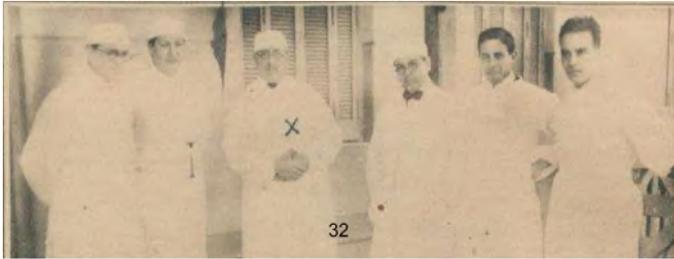


Imagen 27: fotografía (detalle) en nota “Los médicos del pueblo”.
Fuente: *Fray Mocho*, 24 de junio de 1924, (635), p. 20.

Después de 1919 fueron desapareciendo las imágenes directas sobre la enfermedad. Sin ver, se tornó difícil creer augurando lo que con los años sucedería: con posterioridad a la epidemia, la *grippe* fue olvidada, tal como plantea Diego Armus en otro capítulo de este libro.

A modo de cierre o invitando a los difuntos a la mesa

En estas páginas, indagamos en algunas revistas argentinas ilustradas en las primeras tres décadas del siglo xx. Considerando que no se trató únicamente de testigos de su tiempo sino de actores con relevancia en la esfera pública, reflexionamos teniendo en cuenta también que entre los múltiples temas de actualidad que fueron tratados y construidos en esas publicaciones, las enfermedades y epidemias fueron una arista desplegada con más o menos ahínco conforme los períodos que se examinen.

En un primer momento, que podemos localizar desde la aparición de la peste bubónica en nuestro país en 1900 hasta el inicio de la epidemia de *grippe* en 1918, estas revistas dotaron de sentidos por medio de palabras e imágenes a la realidad la que, en general, parecía haber desterrado de su cotidiano los flagelos que se consideraban típicamente decimonónicos. La experiencia del siglo xix, en particular de la última parte de esa centuria, se volvió una realidad

ajena pues conforme el higienismo avanzaba, la sociedad se saneaba mientras en paralelo los descubrimientos médico-científicos desterraban los miedos, los dolores y las muertes productos de enfermedades epidémicas. En tanto documentos sociales y en vínculo directo a las palabras, las fotografías, las ilustraciones y los dibujos entre otras iconografías, revelan ese clima de confianza solo quebrantado por la aparición de la *grippe* de 1918–1919.

Con la epidemia, se abrió una nueva etapa caracterizada por la incredulidad, la desconfianza y el desconcierto al menos durante el brote de 1918. La lenta reacción estatal, médica y social en general recorrió los últimos meses de ese año inversamente proporcional a la fuerza con que la publicidad pudo encontrar un motivo más para vender productos y servicios de cara a la novedosa enfermedad. Vistas en conjunto, las publicaciones también nos permiten aprehender diferencias entre ellas que parecen responder a las distintas teorías, tratamientos y creencias en torno a la llamada influenza española. Tal como había llegado, la enfermedad se fue de forma abrupta e intempestiva constituyéndose en una suerte de paréntesis social en la marcha del higienismo, sus imágenes y sus palabras.

Entre 1900 y 1930 pueden identificarse una serie de continuidades entonces asociadas al aseo. Pero también otras múltiples capas de temporalidades, procesos de larga duración que cuajaron en coyunturas y fenómenos con historicidad propia que se combinaron con otros novedosos. Mientras las mujeres, niños y niñas fueron expuestos a principios de siglo como los enfermos, con el correr de los años los hombres ancianos pero también los jóvenes pasaron a formar parte de los dolientes. En esas imágenes, los hombres reservaron el ejercicio de la medicina y tras la *grippe*, un largo proceso que puede rastrearse al menos a mediados del siglo anterior por el cual asumían gran prestigio social, continuó desarrollándose. Al mismo tiempo, creencias de siglos anteriores fueron plasmadas en las principales imágenes de gran circulación de aquellos años como el uso de la canela como forma de prevención.

Estas democratizaciones visuales y sociales conllevaron no sola-

mente ampliaciones sino también restricciones. Los médicos jóvenes y practicantes a finales del período aquí examinado aparecieron en pie de igualdad con los doctores reconocidos por la comunidad. Las mujeres vieron modificados sus roles clásicos: el cuidado de los enfermos permitió su visualización profesionalizándose en la enfermería. Al mismo tiempo, los sectores menos pudientes y sus eventuales condiciones de vida comenzaron a ser señalados en la década de 1920 como el último reservorio antihigiénico cuando no proclive, como llegara a expresar *Fray Mocho*, de conductas sucias y altamente contagiosas ya no clínicas pero igual de epidémicas como *la enfermedad del comunismo*.

Aunque estas revistas se presentaban *a priori* como nacionales y alcanzaban de hecho circulación en el país, muchas de ellas focalizaron en el ambiente de la ciudad de Buenos Aires que seguía posando sus ojos en un mundo civilizado compuesto esencialmente por Europa Occidental y Estados Unidos. Por nombrar solo un caso, el rimbombante sistema de salud que la gran mayoría de estas publicaciones parece mostrar para finales de la década de 1920 no se condice con la heterogeneidad argentina que incluyó por ejemplo que a pocas horas de la capital, se multiplicaran las denuncias por agusanamientos de internados en un hospital de un municipio bonaerense (Gómez, 2016).

La *gripe* fue olvidada durante muchos años pero el examen emprendido puede que permita dimensionarla en una temporalidad más amplia, más densa, llena de contradicciones y expectativas por parte de las personas que vivieron e hicieron esos tiempos. La amnesia social que supimos construir sobre muchos aspectos de aquel período consolidó aún más una memoria colectiva en torno al progreso. Sabemos de sus contracaras y puede que nos parezca que los padecimientos de los hombres, mujeres e infantes de aquellas décadas sean solo unas migajas del gran banquete en épocas de *granero del mundo*. Puede también que no. En nuestro propio tiempo donde una pandemia nos interpela y nos llama a reflexionar sobre estos procesos, quizás nos permitimos trazar comparaciones, identificar-

nos con las emociones, ver para creeralgunas imágenes y asumirnos de otro modo en nuestro vínculo con el entorno o al menos plantear la necesidad de hacerlo. Aún más, quizás es tiempo de revelar que la trama social es un todo complejo compuesto por miles de historias nunca ajenas y, como expresara Walter Benjamin, invitando los difuntos a la mesa.

Bibliografía

ABC (1/10/1914). El saludo de ABC. *ABC*, (1), 3. Buenos Aires.

Caimari, Lila (2015). “El mundo al instante. Noticias y temporalidades en la era del cable submarino (1860–1900)”. *Redes*, 21 (40), 125–146. Recuperado de <http://www.unq.edu.ar/advf/documentos/58b070f4be129.pdf>

Cantaclaro (30 de enero de 1901). Aquí estoy. *Cantaclaro*, (1), 5. Buenos Aires.

Caras y Caretas (3/2/1900). La peste bubónica en Argentina. *Caras y Caretas*, (70), 19. Buenos Aires.

Caras y Caretas (2 de noviembre de 1918). La influenza. Sus causas y tratamientos. *Caras y Caretas* (1048), 35. Buenos Aires

Caras y Caretas (26 de noviembre de 1918). El bacilo de la influenza. *Caras y Caretas*, (1047), 10. Buenos Aires.

Carbonetti, Adrián (2010). Historia de una epidemia olvidada: la pandemia de gripe española en la Argentina, 1918–1919. *Desacatos*, (32), 159–174.

Carbonetti, Adrián (2010b). Política en época de epidemia: la pandemia de gripe en Argentina (1918– 1919). *Espaço plural*, 11 (22), 57–64.

Carbonetti, Adrián y Álvarez, Adriana (2018). La Gripe Española en el interior de la Argentina (1918–1919). *Americanía: Revista de Estudios Latinoamericanos*, (6), 207–229.

Carbonetti, Adrián y Rivero, María Dolores (2020). La enfermedad en imágenes: representaciones de la gripe española en la prensa argentina (1918). *Población y Salud en Mesoamérica*, 17 (2).

Carbonetti, Adrián y Rodríguez, María Laura (2007). Las epidemias de cólera en Córdoba a través del periodismo: la oferta de productos preservativos y curativos durante la epidemia de 1867–1868. *Histórica, Ciencias, Saúde. Manginhos*, XIV, (2), 405–419.

Delgado, Verónica y Rogers, Geraldine (coord.) (2019). *Revistas, archivo y exposición: Publicaciones periódicas argentinas del siglo xx*, La Plata, Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Recuperado de <<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.880/pm.880.pdf>>.

El Hogar (25 de octubre de 1918). La grippe. *Revista El Hogar*, (473), 17. Buenos Aires: Haynes Casa Editora.

Eujanián, Alejandro (1999). *Historia de revistas argentinas. 1900–1950, La conquista del público*, Buenos Aires: AAER.

Fray Mocho (20 de septiembre de 1917). No sólo en las trincheras se usa la máscara contra los gases” *Fray Mocho*, (282), 42. Buenos Aires.

Fray Mocho (19 de noviembre de 1918). La suciedad como institución municipal *Fray Mocho*, (343), 4. Buenos Aires.

Fray Mocho (24 de diciembre de 1918). Los incurables. *Fray Mocho*, (348), p. 7.

Fray Mocho (9 de marzo de 1920). El cáncer y el agua impura. *Fray Mocho*, (411), 17, Buenos Aires.

Fray Mocho (21 de septiembre de 1920). Casas baratas y ciudades higiénicas. Conclusiones del Congreso de Londres. *Fray Mocho*, (431), 29. Buenos Aires.

Fray Mocho (24 de junio de 1924). Los médicos del pueblo. *Fray Mocho*, (635), 20. Buenos Aires.

Fray Mocho (29 de julio de 1924). Nuestro organismo lucha contra los microbios; si vence, es la salud; si es vencido, es la enfermedad. *Fray Mocho*, (640), 13. Buenos Aires.

Ver para creer. Imágenes en revistas argentinas antes, durante y después de la *gripe* (1900–1930)

Fray Mocho (11 de noviembre de 1924). El agua yodurada como prevención contra las paperas. *Fray Mocho*, (655), 14. Buenos Aires.

Fray Mocho (18 de junio de 1929). El problema de los conventillos, *Fray Mocho*, (895), 3. Buenos Aires.

Gómez, Silvana A (2016). *Cientelismo y poder político en los inicios del siglo xx. Tensiones, disputas e intercambios entre lo micro y lo macro: Benito Juárez y la provincia de Buenos Aires*, [Tesis doctoral inédita], La Plata, Universidad Nacional de La Plata.

Masán, Lucas Andrés (2019). Imágenes de una ciudad ansiosa. Sensibilidad visual en la prensa porteña de la década de 1860. *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, 19 (2).

Mate Amargo (5 de julio de 1911). Mensaje de la dirección. *Mate Amargo*, (1), 5. Buenos Aires: Caffaro y Jona Editores.

Prieto, Adolfo ([1988] 2006). *El discurso criollista en la formación de la Argentina moderna*, Buenos Aires: Sudamericana.

Revista Atlanta (abril de 1911). El pesquisante bacteriólogo. *Atlanta Magazine* (1), 70–78. Buenos Aires.

Rivera, Jorge (1985). *El escritor y la industria cultural*, Buenos Aires: Atuel.

Rivero, Dolores y Carbonetti, Adrián (2016). La gripe española en perspectiva médica: los brotes de 1918–1919 en la escena científica argentina. *Revista Ciencia Salud*, 12, (2), 281–293.

Rogers, Geraldine (2008). *Caras y Caretas: cultura, política y espectáculo en los inicios del siglo xx argentino*, La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.

Rojas, Ricardo (1948). *Historia de la Literatura Argentina. Los modernos*, Buenos Aires: Losada.

Román, Claudia (2010). *La prensa satírica argentina del siglo XIX: palabras e imágenes*, [Tesis de Doctorado], Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Buenos Aires, Argentina.

Sáitza, Silvia (1998). *Regueros de tinta. El diario Crítica en la década de 1920*, Buenos Aires: Sudamericana.

Servelli, Martín (2014). *A través de la República. La emergencia del reportero viajero en la prensa porteña de entresiglos (XIX-XX)* [Tesis doctoral inédita]. Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Buenos Aires, Argentina.

Soiza Reilly, Juan José (19 de mayo de 1916). Los prisioneros tuberculosos. *Fray Mocho*, (212), 29. Buenos Aires.

Szir, Sandra (coord.) (2016). *Ilustrar e imprimir. Una historia de la cultura gráfica en Buenos Aires, 1830-1930*, Buenos Aires: Ampersand.

Torres, Máximo (11 de junio de 1908). Rezongos de uno á la antigua. *La Vida Moderna*, (61), 26. Buenos Aires.

La Cruz Roja, la enfermería y la pandemia de influenza en el escenario latinoamericano (1918–1938)

Adriana Carlina Álvarez

María Silvia Di Liscia

Introducción

La Conferencia Internacional de Ginebra de 1864 dio origen a la Cruz Roja [CR] como un organismo de carácter neutral con personal cualificado para la asistencia de heridos y enfermos en las batallas. Posteriormente, la institución se implantó en distintos países del mundo, entre ellos los de América Latina. Esta organización marcó un hito histórico en la atención sanitaria de los conflictos bélicos en primer lugar, para luego intentar remediar epidemias, catástrofes y enfermedades sociales, enarbolando principios pacifistas y humanitarios.

Al momento del desarrollo de la pandemia de influenza en 1918, la CR contaba con algunas filiales en los países del Cono Sur. Su grado de madurez era dispar y las acciones estaban concentradas en los servicios brindados a los soldados y a las familias que estaban sufriendo las consecuencias de la Gran Guerra. Por esa razón, uno de los objetivos de este trabajo no es pensar las acciones que esta enti-

dad de carácter humanitario realizó sobre la mencionada epidemia, sino al revés, las formas en que impactó, en sus diversos grados y formas organizativas, en los países de América Latina. El desarrollo de la epidemia implicó altos niveles de mortalidad, por lo que a nivel sanitario se sucedieron ciertos cambios que abarcaron no solo a las instituciones públicas de salud sino también a organizaciones no gubernamentales como la CR.

Tal como se ha afirmado para otros escenarios, el impacto de la crisis sanitaria se relacionó con las estrategias de médicos y enfermeras para afrontar la epidemia. Los galenos se vieron desbordados por la situación ante la alta morbimortalidad y la ausencia de respuestas científicas claras y contundentes. Las enfermeras, por el contrario, aprovecharon esta situación para ejercer sus funciones bajo los ideales de cuidado intuitivo y maternal, aspecto que tratan en este mismo volumen Ramaciotti y Testa. El resultado fue paradójico ya que mejoró su posición gracias a esa labor compasiva y paliativa en un marco universal donde el cuidado de la “comunidad de los sufrientes” se interpretaba en clave femenina.¹² Sin embargo, consideramos que ello solo es parte de una explicación de mayor complejidad que involucra al proceso de profesionalización de la enfermería en general y al nuevo rol que la CR decidió jugar en un mundo que dejaba atrás a su principal motor de existencia como era la guerra. A partir de entonces, esta organización buscó legitimar su presencia emprendiendo (entre otras acciones) cambios en las modalidades de formación de las enfermeras de la CR. Esta institución era, desde fines del siglo XIX, una (y quizás la principal) formadora del personal de enfermería.

El artículo está dividido en tres partes; el primero se centra en los cambios experimentados por la CR internacional en tiempos de paz, estableciendo conexiones con el proceso abierto por la aparición de la denominada gripe española. El segundo eje abarca el desarrollo

¹² Dentro de esa línea, ver Bristow (2003) y Keeling (2009). Para América Latina, Di Liscia (2005). Sobre la formación de enfermeras en Argentina, ver Martín (2014, 2015).

de la pandemia en el escenario americano, lente a través del cual explicamos el desempeño de las distintas entidades en América Latina. Por último, enfocamos una de las consecuencias que tanto la paz como la influenza (en tanto epidemia) aparejaron hacia el interior de las Cruces Rojas de la región como fueron la institucionalización de una formación profesional en las escuelas de enfermería de la CR durante los tiempos de entreguerras; en este caso la información se concentra en determinados casos, de donde existe información disponible.

Tiempos de paz y pandemias

La organización inicial de la CR dependió del accionar del empresario y filántropo suizo Henri Dunant, quien inició un movimiento de sociedades voluntarias de socorro para prestar la asistencia a los heridos en tiempo de conflictos bélicos. En 1863, un comité (integrado por el mismo empresario, el general Dufour, Gustave Moynier y los médicos Théodore Maunoir y Louis Appia) organizó un congreso en Ginebra, con la participación de representantes de dieciséis países. En ese momento, se recomendó la fundación de sociedades nacionales de socorro, y se solicitó a la vez la protección y el apoyo de sus gobiernos para mejorar la asistencia a los soldados heridos durante los enfrentamientos (Álvarez y Di Liscia, 2020).

En 1864, y con esa inspiración, surgió en Suiza el Comité Internacional de la Croix Rouge [CICR], con cinco miembros de esa nacionalidad –luego se incrementaron hasta superar la veintena y de diferentes países–. El CIRC no representaba a ningún Estado e inicialmente era una asociación privada internacional, que se interesaba en gestionar la neutralidad para el uso de ambulancias, hospitales y transporte de heridos, así como la práctica del respeto y ayuda a los civiles. Entre 1864–1919 se organizaron en todo el mundo entidades que el CIRC incorporó como Sociedades Nacionales de la CR, con la condición de que el gobierno propio y al cual perteneciesen las hu-

biese reconocido previamente y, a la vez, que estos gobiernos estuviesen adheridos al Convenio antes indicado. Hacia 1870 se habían formado veinticuatro asociaciones y dos Conferencias (Paris, 1867 y Berlín, 1869) que constituyeron un espacio de intercambio para avanzar en una legislación internacional vinculada al humanitarismo y a la regulación de la guerra (Di Liscia y Álvarez, 2019b).

Tanto en las publicaciones como en los encuentros se solicitó ayuda para los heridos en diferentes escenarios bélicos, se informó sobre las relaciones entre diferentes comités y nuevos socios incorporados y se estimuló la solidaridad financiera o en especie. También se propuso la creación de un cuerpo de enfermeras voluntarias para ese fin y el modelo enarbolado por Florence Nightingale sirvió de inspiración al CICR. Se reconocía entre sus aportes la búsqueda de un cuerpo de conocimientos propio para la enfermería a partir del cual se organizaba la enseñanza y la educación de la profesión; además de ser la principal referente en enfermería militar (Young, 2011; Suarez Fuentes, 2010).

De esta manera, la enfermería y las enfermeras de la CR se convirtieron en un eslabón central en materia de sanidad militar. Durante la Primera Guerra Mundial (1914–1918), los cruentos combates implicaron cientos de miles de víctimas. Muchos soldados perecían por las heridas por lo que las técnicas se basaron en la aplicación de renovadas medidas higiénicas para su curación y en el uso de nuevos medicamentos. Entre ellos, se destaca la Solución Dakin con base en el ácido bórico diluido y el hipoclorito de sodio y analgésicos, como el clorhídrico de cocaína. También se generalizó el cloroformo como sedante y calmante general en cirugía (Antunovic y Fernández, 2013). Otro recurso fueron las transfusiones sanguíneas, iniciadas por el médico argentino Luis Agote y la aplicación de técnicas para cuidar de los heridos.

Una vez finalizada la conflagración mundial, esta organización de carácter humanitario nacida para auxiliar y asistir heridos en el campo de batalla debió redefinir su rumbo. Allí jugó un papel preponderante la epidemia de influenza que entre 1918 y 1919 diezmo

a gran parte de la población mundial. Desde esta organización humanitaria se sostenía que “muchas de esas guerras fueron terriblemente cruentas, pero ninguna de ellas dejó tras de sí tan horrendo cortejo de miserias y de epidemias como la que acaba de concluir”, exponiendo la ineficiencia de los Estados para combatirla (*Revista de Salud Pública*, 1922, p. 10).

Si bien desde sus orígenes la CR había previsto cierta acción filantrópica y de asistencia constante en tiempos de paz, el fin de la guerra y la aparición de la pandemia provocaron su puesta en práctica (*Revista de Salud Pública*, 1922). A medida que los ejércitos se reducían y los combatientes volvían a sus hogares, la CR mantuvo movilizados a todos sus recursos y dispuso el material de auxilio sanitario para la pandemia. Las enfermeras, antes expertas en curar heridas, se enfrentaban ahora a los virus. El contagio se visualizaba como el nuevo enemigo, pero no tenían ciertamente entrenamiento, por lo que era indispensable una reconfiguración en su formación, la cual se observa durante la etapa de entreguerras.¹³

Lo expresado anteriormente debe ser comprendido en el marco del Programa de la CR para la Paz, que emergió en el contexto donde la higiene moderna mostraba sus limitantes. La pandemia de influenza de 1918–19 insinuó que solo con la higiene no alcanzaba para resolver el contagio de un virus (AH1N1, tal cual hoy sabemos), que recién se describió en 1937. La enfermedad se supuso causada por otros microorganismos, como el bacilo de Pfeiffer que también estaba en las víctimas a causa de infecciones respiratorias recurrentes,¹⁴ tal como aborda en otro capítulo de este libro Silvana A. Gómez quien encuentra esa suposición en la revista argentina *Caras y Caretas*. Por lo tanto, ante la avalancha de víctimas, la pandemia incitó a un debate intenso en materia sanitaria. La CR, que buscaba readaptar sus funciones dando respuestas a las nuevas problemáti-

¹³ Ver al respecto Cruz Roja, (1919).

¹⁴ Sobre la mortalidad general y el comportamiento de la epidemia, ver Porras Gallo, (1997) y Maluquer de Motes, (2020).

cas, reformuló las formas de enseñanza de las enfermeras de la CR, preparándolas ahora para otras dinámicas profesionales en el combate de enfermedades y pestes.

El escenario latinoamericano y la influenza

El marco de vulnerabilidad posbélico resultó altamente propicio para la difusión primero entre los ejércitos y la población en general de un tipo de influenza que cobró más muertes que la contienda misma. Fue popularmente conocida como gripe española, aunque el origen del virus se localizó en Estados Unidos, específicamente en Kansas desde donde se difundió por Europa, América, África, Asia y Oceanía, causando millones de muertos. La producción historiográfica ha puesto énfasis en señalar los efectos epidémicos que tuvo en México, Bogotá, Santiago de Chile, Buenos Aires, Lima, Rio de Janeiro, entre otras ciudades de América del Sur, de allí la importancia de analizar su impacto más allá del terreno meramente epidemiológico.

Un repaso por el comportamiento de esta epidemia en el territorio americano muestra que en el sur del continente la epidemia apareció por primera vez durante el mes de octubre de 1918, para reitearse en los meses de junio a septiembre de 1919 lo que coincidió con su desarrollo en gran parte del globo.¹⁵ A diferencia de lo ocurrido en Norteamérica y en Europa, en donde apareció primero en las filas de los ejércitos, en Latinoamérica, se originó en la población civil.

La mayor mortalidad se produjo en las edades comprendidas entre los veinte y cuarenta años, característica observada en todo el

¹⁵ Para profundizar el comportamiento de la “Gripe Española” en diversos países de América Latina recomendamos consultar, en el caso de México: Netzahualcoyotzi Méndez, (2003); Cuenya Mateos, (2010); para Colombia: Manrique, Martínez Meléndez Álvarez y Ospina (2009), Martínez, Manrique y Meléndez Álvarez (2007). Para Argentina, ver Carbonetti, (2009); Carbonetti (2010); Carbonetti (2020), Carbonetti y Alvarez (2017), Alvarez (2010); para Brasil, ver Cruz De Souza (2009).

mundo, lo que supuso un cambio en el patrón de mortalidad que se convertiría en la característica definitoria de esta pandemia. Hasta ese momento, las cifras de mortalidad más elevadas se registraban en los menores de un año y en los mayores de cincuenta años (Echeverri Dávila, 1993). La enfermedad afectó a ambos sexos; algunos estudios regionales muestran ciertas diferencias, pero la tendencia es que la epidemia incluyó a hombres y mujeres por igual, registrándose un incremento del número de abortos y fetos muertos durante el período epidémico (Porras Gallo, 1997).

El inicio de la epidemia coincidió con el fin de la Primera Guerra Mundial. En este sentido desde el campo historiográfico hay dos vertientes: una entiende que fue consecuencia de este conflicto y otra que, por el contrario, se esfuerza en desvanecer dicho vínculo. Carol Byerly (2005) considera que al horror bélico le sucedió la pandemia. Su investigación se basa en los soldados afectados, al recrear la experiencia de estos enfermos en el campo de batalla a través de la correspondencia. Con base en dicho estudio, la pandemia apareció en 1918 hacia el final de la guerra debido a que el conflicto creó las condiciones necesarias para la enfermedad. Zylberman (2003) entiende sin embargo que la relación entre la influenza de 1918 y el conflicto mundial es cronológica y solo mantiene interacciones superficiales.

La mayoría de los textos apunta a ubicar el inicio en la base militar de Fort Riley, en Kansas (Estados Unidos), luego del envío de soldados desde el cuartel hasta Francia, donde se habría propagado por Europa (Erkoreka, 2009, p. 190). En virtud del desarrollo epidemiológico descrito es interesante observar el rol de la CR teniendo en cuenta que el inicio de la epidemia coincide con la finalización de la contienda mundial donde, como indicamos, se había ofrecido sus servicios sanitarios a los heridos en combate y a los soldados con esta enfermedad. Es decir, como tenía cierta experiencia y en pleno despliegue de sus funciones al momento del desarrollo de la pandemia, la propensión de la CR hacia la asistencia sanitaria fue aplicada casi con espontaneidad, puesto que dada la superposición de los acontecimientos (fin de la guerra/inicio de la epidemia), sus

recursos se pusieron al servicio de los poderes públicos para asistir a los enfermos de influenza.

Se podría afirmar que la CR penduló entre la guerra y la pandemia, de hecho, abundan trabajos donde se visualiza este proceso para el continente europeo, sin que esté claro qué sucedió con la CR en las regiones que no participaron del conflicto mundial pero fueron azotadas por la pandemia de influenza.

Para 1918, varios países del extremo sur del continente americano contaban con asociaciones locales de la CR, como Argentina, Chile y Brasil. En otras, como Bolivia y Paraguay, la pandemia sirvió como elemento aglutinador y la crisis sanitaria ejerció de disparador para la organización institucional. Veamos esos casos en relación a cada nación.

En la Argentina la primera oleada de la influenza generó una mortalidad relativamente baja, con 2 237 muertes; este número no era habitual ya que en 1917 la mortalidad por gripe había sido de tan solo 319 casos. La segunda oleada, en otoño–invierno de 1919, provocó 12 760 muertes en las provincias argentinas (Carbonetti, Gómez y Torres, 2013). La CR argentina tenía una vigencia de larga data; había sido fundada en 1880 y puesta en funcionamiento en 1890 a través de la aprobación de sus estatutos. La epidemia impactó en su organización interna y comenzaron a tomar peso las acciones para tiempos de paz, por ello las autoridades ofrecieron todos sus elementos sanitarios al Departamento Nacional de Higiene y a la Asistencia Pública de la Capital Federal, inclusive el local porteño donde se proyectó instalar 400 camas (Lozano, 1932). En mayo de 1920 se fundó la primera escuela de enfermeras de la CR, orientada hacia los servicios de salud pública, que se ocupó de los aspectos clínicos y epidémicos (Grierson, 1910). Durante esa década se fundaron multitud de estas instituciones y hasta hogares de enfermeras, con la insistencia y el sostén de una filántropa, Guillermina de Wilde, quien a su vez intentó obtener el Premio Florence Nightingale y presionó al CICR para lograrlo sin éxito (Di Liscia y Álvarez, 2019a). La misma mujer

detalló en una obra de su autoría todos los afanes relacionados con las actividades de las escuelas (Wilde, 1926).

En Chile, la CR apareció por primera vez en 1903, en la austral ciudad de Punta Arenas. Esta organización inicial se llamó Cuerpo de Asistencia Social. En 1914, y supuestamente frente a un reclamo del CICR, se reorganizó una filial en Santiago de Chile, denominada primero la CR de las Mujeres de Chile y luego filial Santiago, bajo el liderazgo de María Luisa Torres. Esta CR formó voluntarias en el campo de la enfermería (Secretaria General CR Chilena, 1963). Obtuvo reconocimiento institucional del gobierno, tal y como lo reclamaba el CICR, bajo la condición de que su personal quedara sometido a las leyes y reglamentos militares en caso de movilización. Poco tiempo después, el gobierno aprobó el programa de trabajo para la instrucción del Curso de Enfermeras de la CR de las Mujeres de Chile. Como consecuencia de la pandemia, esa filial en 1918 tuvo su primer local propio, gracias a la donación que hizo la presidenta en esa época, Sofía Eastmann de Huneus y se improvisó un dispensario para la atención de los enfermos (Morales, 2004). Por entonces, la epidemia dieztaba a la población chilena dado que entre los años 1918 y 1921, 43 332 personas murieron por su causa (López y Beltrán, 2013). La CR chilena colaboró en la difusión de la importancia de la higiene, actuando como apoyo y soporte a la cuestionada capacidad ejecutiva del Estado chileno, en tanto no había sido capaz de acoger y contener a la población enferma (López y Beltrán, 2013).

En el caso de Brasil, la CR se organizó en la primera década del siglo xx. En 1908, la filial argentina envió al médico Joaquín Oliveira Botelho una nota para organizar la CRB y además, copias de los estatutos, del reglamento, del Convenio de Ginebra y un “ejemplar de la mochila sanitaria, con toda su dotación, que usa la CRA” (Boletín de la CRA, 1908, pp. 29–30). Ahora bien, en la historia oficial de Brasil sobre su surgimiento no existe intervención alguna de sus vecinos rioplatenses: se reconoce el inicio en 1912, a través de un decreto del presidente Hermes Da Fonseca, que a su vez restringe su labor a los

tiempos de guerra y le otorga “utilidades públicas nacionales y carácter internacional” (Leis, Estatutos e Regulamentos, 1926, p. 6).

Durante la Gran Guerra, cuando Brasil se unió a las naciones aliadas, la CR ofreció sus servicios a los Departamentos de Guerra y Marina. En 1918, durante la epidemia de la influenza, prestó servicios transformando todas sus dependencias en enfermerías y distribuyó medicinas entre 50 000 personas. La primera escuela de enfermería se fundó en 1914, pero a partir de la orientación de sus acciones hacia la sanidad civil, la CRB envió enfermeras para formarse en el curso internacional organizado por la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja entre 1922 y 1923.

La CR se fundó en Bolivia en 1917 en la ciudad de La Paz. Hasta entonces, esta organización no había logrado consolidar una vida institucional y su existencia era intermitente, aunque en 1879, durante el desarrollo de la Guerra del Pacífico, se habían creado cuerpos de ambulancias, ajustándose a la situación de la campaña y a las prescripciones de la Convención Internacional y en 1880, el gobierno se había adherido al Convenio de Ginebra. A principios del siglo xx, el objetivo era “colaborar al servicio sanitario público y muy particularmente al Ejército Nacional” y brindar servicios sanitarios y de beneficencia pública (Revista CRB, 2004, p. 17). Esos dobles propósitos quedaron expresados en la finalidad de la entidad que era desarrollarse al lado de las Fuerzas Armadas “en tiempo de guerra; instruirse y preparar material necesario, en tiempo de paz” (Balcázar, 1919, p. 13). La pandemia de influenza que se originó en Kansas estimuló en buena medida su fisonomía ya que el directorio de la CR también fundó la Escuela de Enfermeras, refrendada por el gobierno boliviano y creó el título de Dama de la CR (Revista CRB, 2005).

En Paraguay, la CR se fundó en noviembre de 1919, bajo el lema “La higiene y la sanidad social en tiempos de paz”. Su aparición coincide con el desarrollo de la epidemia pues su fundador, el médico Andrés Barbero, era a su vez el director del Departamento Nacional de Higiene de Paraguay (Kriskovich, 2017, p. 22). La situación del país en materia de salud estaba muy lejos de ser óptima, solo exis-

tían cincuenta y dos médicos en todo el territorio y la mayoría de la población vivía sin ningún tipo de atención médica profesional. La mortandad en el medio rural era elevada, principalmente debido a la anquilostomiasis y la sífilis, enfermedades de trascendencia social (Lutz, de Souza Araujo y de Fonseca Filho, 1918). Frente a la pandemia, se adoptaron las primeras medidas estructurales y se resolvió que la Sanidad Fluvial procediera a la observación de barcos, el aislamiento de los enfermos y sospechosos y la notificación a las autoridades sanitarias. En la prensa se divulgaron medidas de prevención como el blanqueo de las habitaciones a la cal y la desinfección de pisos con creolina. Se sugería purificar el agua a través del hervido, de la filtración o por el tratamiento químico. De todos modos, la influenza ingresó, y hacia 1919 habían fallecido más de 2 000 personas, quizás entre 0,2 % y 0,4 % de la población total, estimada en 667 000 habitantes (El Diario, 1918).

De manera general, este panorama rápido sobre las diferentes Cruces Rojas nos permite observar cómo la pandemia provocó o bien la emergencia de Cruces Rojas en distintos países (como fue por ejemplo Paraguay o Bolivia), o bien una ampliación de sus funciones como fue el caso de la Argentina, Chile y Brasil. En una y otra instancia existió un denominador común, que fue la creación en la región de Escuelas de Enfermería bajo un paradigma que incluía la salud pública y las nuevas concepciones que se comenzaron a impulsar desde la Liga de las Sociedades de la CR (1919).

Nuevos conocimientos para un mundo sin guerra

La Liga de las Sociedades de la CR surgió como un contrapunto a la injerencia europea en relación al desarrollo del humanitarismo médico. Al finalizar la primera gran conflagración mundial, Henry Dawson, presidente del Consejo de la CR en Estados Unidos, convocó a diferentes países aliados de la contienda (Francia, Italia, Japón y Gran Bretaña) para formar un comité propio, con argumentos en

pos de políticas para las sociedades en tiempos de paz. Con la presión de esta potencia en ascenso se fundó en 1919 la Liga de las Sociedades Nacionales de la CR que en poco tiempo incluyó a treinta países. El control de las CR por parte del CICR entró en crisis y el conflicto se trasladó a distintas Conferencias Internacionales en los años veinte, hasta que se saldó con acuerdos en 1948. A su vez, el liderazgo norteamericano se conecta con la expansión del Panamericanismo en América Latina, una doctrina que aunó colaboración científica, sobre todo sanitaria y avances económicos sobre el subcontinente (Di Liscia y Álvarez, 2019b).

Entre las finalidades de la Liga estaban estimular en cada país la organización de la CR y colaborar en la prevención de las enfermedades cuando la pandemia de influenza desconcertaba al mundo de la medicina, ya que como vimos, se ignoraba cuál era exactamente el microorganismo que causaba de la enfermedad y tampoco era posible aplicar vacunas de prevención o una terapia eficaz. Entonces, una de las acciones protagónicas fue la formación de escuelas de enfermeras como agentes de salud pública.

A su vez, la aparición de nuevas instituciones para formar recursos en el marco de la CR y la reforma de planes de estudio en las existentes coincidió con el fin de la guerra y el inicio de la pandemia, pero también con los cambios que estaba sufriendo la profesionalización de la enfermería. Por entonces, el movimiento de salud pública adquirió un enorme impulso y comenzó a esbozarse una conciencia de la praxis que culminaría con una formación reglada de los aspirantes a enfermeros (Souza, 2003).

En los primeros años del siglo xx, las agencias oficiales iniciaron la promoción y el empleo de enfermeras de salud pública y también el *Internacional Health Board* de la Fundación Rockefeller (Souza, 2003: 562). Surgieron tres programas de posguerra de gran importancia para el desarrollo de la enfermería; primero, el programa nacional e internacional de la CR Americana que, en ese momento, se postulaba como la mayor agencia empleadora de enfermeros en el mundo; segundo, el *Childrens's Bureau Program* entre 1921 y 1929

y tercero, el programa de demostración de salud patrocinado por la Fundación Rockefeller y otras agencias (Roberts, 1954). En estas circunstancias se firmaron varios acuerdos bilaterales entre la Fundación Rockefeller y la CR americana, a través de representaciones nacionales de la CR y los gobiernos latinoamericanos, para instituir escuelas de enfermería, como en Argentina (1920–1928), Venezuela (1936) y Colombia (1938) (Oficina Panamericana de la Salud [OPS], 1940: p. 406).

La Liga de las Sociedades de la CR otorgó becas de estudio para enfermeras y se propuso crear en todos los países servicios de enfermeras de salud pública. El primer curso se organizó en el *Kings College for Women* de la Universidad de Londres y se realizó con diecinueve estudiantes entre las que se encontraban una peruana y una venezolana (OPS, 1940: 14).

Para los años veinte, el ideal de escuela de enfermería era el paudado por Florence Nightingale que contemplaba tres años de residencia en hospitales reconocidos de manera que pudieran perfeccionarse. Sin embargo, la realidad mostraba que la formación de las enfermeras se estaba haciendo en forma irregular. De ahí entonces en la insistencia de esta organización que consideraba que a partir de

[...] los progresos continuos de las ciencias médicas y sociales hacen cada día más necesario a todos los países contar con un buen número de enfermeras bien preparadas, y estando demostrado por la experiencia que la única manera de hacer enfermeras profesionales es siguiendo las reglas generales de la escuela tipo Nightingale, se recomienda a todas las sociedades de la CR que actúen en sus respectivos –países a fin de que obtengan por este proceder el mayor número posible de enfermeras profesionales (Primera Conferencia, 1922, p. 128).

Adherir al modelo Nightingale admitía una voluntad reformadora de la enfermería que abarcaba desde ocuparse de las leyes de los pobres, hasta del sistema sanitario hospitalario como del saneamiento de las ciudades, y alejarse de esa manera del manto de com-

pulsión caritativa que hasta entonces había caracterizado a la profesión (Martínez Garnica, 1996, p. 11). El llamado de la CR demuestra el afán por la profesionalización de las enfermeras de esta entidad y una redefinición del rol profesional cuando se estaba pasando del saneamiento a las acciones educativas en materia de higiene. En ese contexto, el Informe del Consejo de Higiene de la Liga de las Sociedades de la CR entendió que las enfermeras visitadoras debían cumplir un rol fundamental en la educación higiénica popular además de ser las responsables del “pronto descubrimiento de las enfermedades” (Primera Conferencia, 1922).

La reciente pandemia había demostrado un viejo axioma del higienismo, referido a la importancia de detener la propagación del virus a tiempo. Era importante entonces detectarlo rápidamente y evitar de esta manera la multiplicación del contagio. Por lo tanto, se requerían saberes más allá del cuidado de los heridos; la enfermera o visitadora debía diplomarse en los cursos de un hospital reconocido y haber realizado prácticas de medicina preventiva en el mismo nosocomio con la finalidad de adquirir conocimientos y habilidades de sanidad pública.

Como forma de fortalecer estos objetivos, La Liga de las Sociedades de la CR creó en Londres en 1920 Cursos Internacionales para Enfermeras Visitadoras. La finalidad era formar “enfermeras educadoras” y estaban destinados a mujeres que a su vez ejercieran de líderes para dirigir en cada país los servicios y las escuelas de enfermeras visitadoras.

Además, se encomendó a las diversas Sociedades de la CR de América la fundación a la brevedad posible del mayor número de escuelas de enfermeras, dando especial importancia a la creación de un cuerpo de visitadoras especializadas, con nociones imprescindibles de puericultura. El cuidado maternal iba unido así a las preocupaciones sociales y sanitarias.

Las nuevas directrices permearon diversas áreas de las escuelas de enfermería de la CR que se fundaron durante y en los años poste-

rioros a la pandemia de gripe española en varios países de América Latina. En los manuales se indicaba que

[...] las enfermeras de la CR después de las brillantes pruebas de heroísmo y de la abnegación que demostraron en la guerra se han abocado a las necesidades higiénicas preventivas y de profilaxia que presentan las poblaciones en tiempos de paz, que se hace necesario también, ensanchar sus conocimientos en este nuevo terreno [...] para el mejoramiento de la salud pública (Manual CR Chilena, 1933, p. 3).

Perduraba la imagen de la enfermera maternal, abnegada, supe-
ditada a la obediencia médica y con un carácter de entrega total al
enfermo, al médico y a la familia del enfermo. Pero estas mujeres se
preparaban ahora tanto para luchar contra la guerra como contra
las enfermedades infecciosas (Manual CR Chilena, 1933). Por prime-
ra vez, se introducían en la enseñanza las diferencias entre una pan-
demia y una endemia, además de conceptos sobre infección, de los
principales agentes microbianos y epidemias. Estos saberes convi-
vían con las líneas de estudio ya consolidadas como eran todo lo re-
lacionado con heridas infecciosas, nociones de asepsia y antisepsia,
el uso de los principales desinfectantes y otras cuestiones similares
de higiene (Manual CR Chilena, 1933).

Como parte del nuevo compendio de conocimientos, sobresalían
los consejos concretos sobre la especial atención que el cuerpo de
enfermería debía brindar a la población en tiempos de epidemia. De
hecho, y dada la experiencia reciente, algunos manuales introduje-
ron un capítulo específico titulado “Gripe-Influenza”. Se la definía
como una enfermedad infecciosa de gran contagio, atribuida al baci-
lo de Pfeiffer “microbio que se encuentra siempre en las secreciones
laríngeas, bucales y nasales de los enfermos”. También el texto se
explayaba sobre el período de incubación y los síntomas, advirtien-
do que “la gripe es una enfermedad endémica sujeta a epidemias,
bruscas y repentinas que alcanzan un gran desarrollo”. Finalmente,
se indicaba que era

[...] una enfermedad caprichosa y siempre desconocida: ligera y benigna, en muchos casos, comparable con un vulgar resfrío, que se cura, con una simple tisana y con abrigo de dos días, en la cama; adquiere en otros casos, tal gravedad que es una de las infecciones más peligrosas que se conocen (Manual CR Chilena, 1933, pp. 180–181).

En el mismo texto, un capítulo destinado a enfermedades infecciosas detallaba también, de forma específica, las enfermedades eruptivas como rubeola, escarlatina, viruela, varicela, fiebre tifoidea, tifus exantemático, tétanos, erisipela, carbunco y tracoma. En todos los casos se describían los síntomas clínicos y sociales de las enfermedades y se ponía énfasis en determinadas condiciones de vida material propicias para su desarrollo y propagación. Posteriormente se indicaban el tratamiento y profilaxis y se describían los métodos aplicados para cada patología, pues conocer sus especificidades era un aspecto novedoso y fundamental de las nuevas camadas de enfermeras que egresarían de la CR. Para esto se indicaban las formas de contagio de cada una de las enfermedades infectocontagiosas y sus modos de desinfección tal y como aparecen en el cuadro N° 1.

Cuadro 1: Enfermedades contagiosas y acciones

VÍA DE CONTAGIO	ENFERMEDADES	DESINFECCIÓN
Por mucosidades de la boca y faringe; secreciones nasales y en los productos de la tos	Difteria, gripe, neumonía, tuberculosis, escarlatina, alfombrilla, viruela, tos convulsiva, etc.	Recoger los desgarros y secreciones en una solución de lejía de soda al 10 %, que fluidifica y desinfecta; o en lisol, lisoformo o sulfato de cobre al 5 %.
Por la piel, producto de secreción y descamación.	Viruela, escarlatina, erisipela, oftalmía purulenta, tinas, etc.	Para las costras y escamas se aconseja recogerlas y quemarlas, desinfectando la piel de estos enfermos por medio de baños antisépticos; con fricción y pulverización antiséptica: Pulverizaciones de éter conteniendo 0,25 sublinido por litro. Fricciones de aceite con esencia de eucalipto o vaselina mentolada.

Por la sangre y su propagación, se hace por intermedio de los insectos	Malaria, paludismo etc.	No se indica.
Por deposiciones (materias fecales, vómitos y orina)	Fiebre tifoidea, paratífues A y B el cólera y la disentería.	Las materias fecales, los vómitos y las orinas serán recibidas en una solución antiséptica (cresyl y cresilol, sulfato de fierro, sulfato de cobre al 5 %), pudiendo emplearse también la lechada de cal o el cloruro de calcio. El cloruro de calcio se emplea en soluciones y en la proporción de 20' por cada litro de agua. Cualquiera que sea el desinfectante que se emplea, es necesario que las substancias fecales queden cubiertas por la solución antiséptica y su contacto dura más de una hora.

Fuente: Manual CR Chilena, 1933.

La formación sobre enfermedades infecciosas se complementaba con la enseñanza sobre nociones elementales de anatomía y fisiología del cuerpo humano. De tal manera, en los manuales de enfermería apareció una reformulación de la instrucción mencionada. También en los planes de estudio que se aprobaron para estas nuevas escuelas se pueden rastrear los nuevos conceptos. En Argentina, el de la primera escuela de enfermería de la CR aprobado por el Consejo Directivo fue dividido en dos años, donde existía un bloque teórico y otro práctico (Memoria CRA, 1920, p. 5)¹⁶. Las clases estaban a cargo de facultativos y tuvieron mucho éxito puesto que se inscribieron para los cursos de Higiene y Primeros auxilios 1 499 alumnas y para el curso de enfermeras 223 (Memoria CRA, 1920, p. 18).

Es necesario aclarar que cuando la CRA funda esta escuela de enfermería ya existían otras en el país de larga data y de diverso

¹⁶ Emilio Coni, reconocido médico higienista impulsó en el Consejo Directivo de la CR argentina la autorización para que el Comité Central de Damas, presidido por Guillermina de Wilde, fundara la escuela de enfermeras que se inauguró ese mismo año (Di Liscia y Alvarez, 2019a).

tipo, como la Escuela de Enfermeras, Enfermeros y Masajistas, organizada en 1886 por Cecilia Grierson; la Escuela de Enfermería del Hospital Británico en 1890, con formación reformista; la Escuela de Enfermeras Católicas creada por la Sociedad de la Conservación de la Fe (1914) y la Escuela de Nurses de la Ciudad de Buenos Aires, en 1918 (Fernandes de Freitas, De Souza Campos, Oguisso, González, 2019, p. 127).



La Escuela de Enfermería de la CRA era laica, dado que los principios fundamentales de este movimiento internacional eran la neutralidad, universalidad e imparcialidad, lo que implicaba no hacer ninguna distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social ni credo político. Sin embargo, el catolicismo tuvo su influencia y en un primer momento fue muy cercana a la tradicional Escuela de Enfermeras Católicas; el primer manual realizado por la médica Rosario Berón así lo atestigua (Berón, 1921). En los años siguientes, la Escuela de la CR fue cobrando su propia identidad y los planes de estudio se desprendieron de ese cariz confesional de los inicios, e

incorporaron aspectos de vinculados a enfermedades endémicas y epidémicas, entre las que se encontraba la influenza. Sus principales ejes temáticos eran: Economía doméstica, Anatomía, Fisiología e higiene, Asistencia de enfermos de clínica médica, Clínica quirúrgica, Cuidado a embarazadas, parturientas y niños; Deberes y responsabilidades de la enfermera¹⁷.

Con el eclipse de Guillermina de Wilde, también perdieron apoyo sus iniciativas, como lo habían sido estas escuelas, y se fortaleció en el interior de la CR argentina un nuevo modelo apoyado por las Escuelas para Samaritanas. Esta fue una propuesta en la Segunda Conferencia Panamericana de la CR (Washington, 1925) de los delegados Nicolás Lozano y Jorge W. Howard, que consistía en realizar cursos para “no profesionales” y distinguirlos de los brindados a las futuras enfermeras. Se brindaban conocimientos sistematizados de orden técnico, en los que era visible ese cambio en cuanto a las características formativas que hemos señalado anteriormente (Howard, 1932:149). De tal manera surgieron, primero en Argentina y luego en diversas partes del globo, los cursos para “samaritanas” basados en un programa de estudio que era una réplica reducida del brindado para enfermería. Consistía en un año electivo, (en lugar de dos), dividido en horas teóricas y prácticas (idéntico al de enfermería), con el desarrollo de materias tales como Anatomía, Fisiología, Primeros auxilios, Higiene, Puericultura y Medicina social. El título era honorífico y fue pensado para efectuar una penetración social de orden técnico-sanitario (Manzella, 1950, p. 32). Ahora bien, de acuerdo a Rubinzal, Bolcatto y Sedrán, (2019), el modelo samaritano para la enfermería provenía de la vertiente religiosa y se fortalecía en la denominación bíblica, ya que aludía a una parábola donde se cuidaba al

¹⁷ Los planes de estudio fueron consultados en Las escuelas de enfermeras (1925), Dirección General de Escuelas y Enfermeros (1926) y Escuela Central de Enfermeras (1926).

desvalido de manera operativa e inmediata, pero no una resolución completa a lo que dio origen a su problema (sanitario o social)¹⁸.

Las escuelas de enfermeras de la CR cambiaron llamativamente de nombre en 1928 (Martin, 2015). Lozano indicaba que en los países en guerra hubo necesidad de formar con rapidez personal auxiliar pero esa no era la situación en Argentina, donde convenía menos mujeres capacitadas pero de manera más profesional, y tal fue la razón por la cual se convino en esos años de que las Escuelas de enfermeras fundadas por Wilde pasasen a ser de Samaritanas (Lozano, 1932)¹⁹. Las razones esgrimidas por este médico, quien, en 1926, era Director de Escuelas de Enfermeros y estaciones sanitarias y luego fue titular de la CRA en los años treinta, eran que la filantropía había perdido su carácter instintivo y sentimental para hacerse científica y adquirir eficacia²⁰.

Volviendo a la formación de las enfermeras; los tres planes de estudio de la década del 20 guardan similitudes entre si y con los lineamientos seguidos en otras partes del mundo pues se centraron en la prevención de epidemias. Tal cuestión se explica por la experiencia dejada por la epidemia ocurrida en 1918 (González García, 2013, p. 19).

Conclusiones

Ante el interrogante sobre el rol de la CR en América Latina en tiempos de la gripe española, podríamos decir que fueron más importantes las consecuencias que la influencia provocó en el desarrollo de

¹⁸ En algunas provincias argentinas como Santa Fe, esa forma de atención, sobre todo femenina, primaba sobre el ejercicio profesional en instituciones hospitalarias filantrópicas y católicas y fue reemplazada hacia 1940 por escuelas profesionales, primero lideradas por la CR y luego por el sistema público (Rubinzal, Bolcatto y Sedrán, 2019).

¹⁹ En los años treinta y cuarenta el personal que trabajaba en el sistema público y privado tenía ese diploma aunque sin la formación profesional requerida (Martin, 2015).

²⁰ Segunda Conferencia Panamericana, (1926). Sobre Lozano, Revista de la CRA, 1926.

esta institución de tipo humanitario en el territorio americano que sus aportes sanitarios para combatir el horror de la pandemia.

No nos parece menor esta línea explicativa, pues la mayoría de los trabajos se enfocan en las consecuencias de la pandemia en términos de mortalidad, o en las respuestas médico-sanitarias en los marcos gubernamentales. Pocas investigaciones se concentran en la cuestión de la relación a otras instituciones no gubernamentales, que actuaron supliendo aspectos que los Estados nacionales no cubrían, o si lo hacían, era de manera defectuosa y parcial.

El caso de la CR es además particular, pues fue la principal organización internacional de tipo humanitario que tuvo una actuación destacada en el viejo continente al auxiliar primero a los soldados enfermos de influenza y luego a la población civil en general. América Latina no fue escenario de la guerra, pero sí de la epidemia viral y su presencia provocó que en algunos países se formaran sociedades nacionales de la CR internacional o fuesen robustecidas mediante la ampliación de sus tradicionales funciones hacia la formación de enfermeras y la fundación de escuelas. Entre los contenidos de la formación figuraban los cuidados requeridos por los enfermos infecciosos, las acciones frente a enfermedades epidémicas y endémicas y la evolución de las enfermedades infectocontagiosas, entre las que ocupaba un lugar central la influenza. Estos planes de estudio fueron la expresión de una instrucción distinta y precursora en materia de salud pública que situó a esta institución como cabeza de una enfermería más moderna. La CR tuvo una destacada labor en el entrenamiento del personal sanitario y el momento de este cambio –como hemos mostrado a lo largo de trabajo– se debió a múltiples factores, pero sin duda fue uno de los legados de la pandemia.

Además, observar el rol que cumplieron esas sociedades nacionales de la CR durante esta epidemia obliga a vincular ese proceso con la Primera Guerra Mundial, ya que dichas asociaciones fueron movilizadas frente al estallido del conflicto en 1914 por el Comité Internacional de la CR, quien formuló un nuevo llamado para que en cada país se organizaran sociedades nacionales de acuerdo con

las disposiciones de las Convenciones de Ginebra. Esta motivación mantuvo activas a las diferentes filiales latinoamericanas que como en el caso argentino o chileno se concentraron en el envío de recursos para los prisioneros e internados en los países beligerantes y a la búsqueda de desaparecidos. Por esta razón, cuando la pandemia llegó a América, la CR actuó como supletoria de los poderes públicos brindando enseres y elementos sanitarios y, en los que aún no se había formado, fue un estímulo para hacerlo. Así, el fin de la guerra y la aparición de la pandemia obligaron a repensar las funciones de esta sociedad humanitaria en tiempos de paz.

Por ende, nos preguntamos, en función de lo señalado por Spinney (2018), si este estímulo institucional podría inscribirse en los aspectos positivos de la pandemia. Aunque evidentemente falta corroborar esta hipótesis, la pandemia de influenza de 1918–1919, unida tangencialmente a otros procesos, significaron el fin de una etapa en materia de salud pública que expuso la necesidad de formar personal sanitario para un mundo que se había transformado.

Bibliografía

Álvarez, Adriana (2010). A gripe de longe e de perto: comparações entre as pandemias de 1918 e 2009. *História, Ciências, Saúdes–Manguinhos*, 16 (4), 1065–1113.

Álvarez, Adriana, y Di Liscia, María Silvia (2020). Entre pujas y facciones: la Cruz Roja Argentina (1864–1914). *Boletín Del Instituto De Historia Argentina Y Americana Dr. Emilio Ravignani*, (52), 65–88. Recuperado de <<https://doi.org/10.34096/bol.rav.n52.7170>>.

Antunovic, Federico; Fernández César; Aranda, Eliana; Marecos, Cristina (2013). La solución de Dakin–Carrel. *Revista de Flebología y Linfología. Lecturas Vasculares*,8 (20), 1230–1235.

Balcázar, Juan Manuel (1919). *La CR Boliviana*. La Paz: Editores González y Medina.

Berón, Rosario (1921). *Conferencias Dictadas en la Escuela de Enfermeras de Conservación de la Fe y Cruz Roja Argentina*. Córdoba: Imprenta Spinelli.

Boletín de la Cruz Roja Argentina (1908). Buenos Aires: Sociedad Nacional de la Cruz Roja.

Bristow, Nancy (2003). You can't do anything for influenza. Doctors, nurses and the power of gender during the influenza pandemic in the United States. Howard Phillips y David Killingray (eds.), *The Spanish Influenza pandemic of 1918–19. New perspectives*, (pp. 58–69). Londres, Routledge..

Byerly, Carol (2005). *Fever of War: The Influenza Epidemic in the U.S. Army during World War*. New York: New York University Press.

Carbonetti, Adrián y Álvarez, Adriana (2017). La Gripe Española en el interior de la argentina (1918–1919). *Americania* (6), 207–229.

Recuperado de <<https://www.upo.es/revistas/index.php/americania/article/view/2325>>.

Carbonetti, Adrián (2009). *Incidencia de la pandemia de gripe de 1918–1919 en la mortalidad de la ciudad de Córdoba*. Trabajo presentado en VIII Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población, Buenos Aires.

Carbonetti, Adrián (2010). Historia de una epidemia olvidada. La pandemia de gripe española en la Argentina, 1918–1919. *Desacatos*, (32), 159–174.

Carbonetti, Adrián, Gómez, Néstor Javier y Torres, Víctor Eduardo (2013). La gripe española y crisis de mortalidad en Salta, Argentina, a principios del siglo xx. *HiSTOReLo. Revista De Historia Regional Y Local*, 5 (10), 269–300. Recuperado de <https://doi.org/10.15446/historelo.v5n10.37777>.

Cruz de Souza, María Cristina (2009). *La gripe española na Bahia; Saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro:Editorial Fiocruz.

Cruz Roja Argentina (1919). Programa para épocas de paz: llamado al pueblo Buenos Aires: Ed. J. Estrach.

Cruz Roja Argentina (1919). *Memoria de 1918*. Cruz Roja Argentina: Buenos Aires.

Cruz Roja Argentina (1921). *Memoria de 1920*. Cruz Roja Argentina: Buenos Aires..

Cruz Roja Argentina (1926). Dirección General de Escuelas y Enfermeros, Enfermeras y Estaciones Sanitarias. Las visitadoras de la Cruz Roja. *Revista de la Cruz Roja Argentina*, 3 (29),65– 68.

Cruz Roja Argentina (1926). Escuela Central de Enfermeras. *Revista de la Cruz Roja Argentina*,3 (29), 68–73.

Cruz Roja Argentina (1925). Las escuelas de enfermeras y enfermeros profesionales. *Revista de la Cruz Roja Argentina*,3, (25), 56–59.

Cruz Roja Boliviana (2004). Recordamos a una dama voluntaria. *Revista Informativa de la Cruz Roja Boliviana*, 9 (24).

Cruz Roja Chilena (1922). *Revista de Salud Pública*,1 (1). Santiago de Chile: Cruz Roja Chilena. Recuperado de <<http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-60008.html>>.

Cruz Roja Chilena (1933). *Manual de Instrucción para sus enfermeras*, Tomo 1. Cruz Roja Chilena: Santiago de Chile.

Cruz Roja Chilena (1963) *Centenario de la Cruz Roja 1863–1963 Reseña Histórica de la Cruz Roja Chilena*. Cruz Roja Chilena: Santiago de Chile.

Cruz Vermelha Brasileira (1926). Leis, Estatutos e Regulamentos da Cruz Vermelha Brasileira do Comité Internacional e da Liga das Sociedades da Cruz Vermelha. Río de Janeiro: Cruz Roja Brasileña [folleto].

Cuenya Mateos, Miguel Ángel. (2010). Reflexiones en torno a la pandemia de influenza de 1918: El caso de la ciudad de Puebla. *Desacatos*, (32), 145–158. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2010000100011&lng=es&tlng=es.

Di Liscia María Silvia (2005). Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en Argentina 1870–1940. *Signos Históricos*, 7 (13), 95–119.

Di Liscia, María Silvia y Álvarez, Adriana (2019a). *La Filantropía en Acción: La correspondencia de Guillermina de Wilde y el Comité Internacional de la Cruz Roja (1920-1928)*. Trabajo presentado en XIV Jornadas Nacionales de Historia de Las Mujeres IX Congreso Iberoamericano de Estudios de Género, Universidad Nacional de Mar del Plata [UNMDP], Mar del Plata.

Di Liscia, María Silvia y Álvarez, Adriana (2019b). La Cruz Roja, el panamericanismo y la salud en el período de entreguerras. *Salud Colectiva*, Universidad Nacional de Lanús. Recuperado de doi: 10.18294/sc.2019.2116.

Erkoreka, Anton (2009). Origins of the Spanish influenza pandemic (1918-1920) and its relations to the First World War. *Journal of Molecular and Genetic Medicine*, 3 (2), 190-194.

Echeverri Dávila, Beatriz (1993). *La Gripe Española. La pandemia de 1918-1919*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Fernandes de Freitas, Genival; De Souza Campos, Paulo; González José (comps.) (2019). *Cultura de los cuidados: Historia de la enfermería iberoamericana*. Alicante: Editorial Club Universitario.

González García, Alberto (2013). Los manuales de Formación de la Cruz Roja durante la epidemia de Gripe de 1918-1919. *Revista de Enfermería y Humanidades. Cultura de los Cuidados*. Recuperado de <<https://culturacuidados.ua.es/article/view/2013-n36-los-manuales-de-formacion-de-la-cruz-roja-durante-la-epidemia-de-gripe-de-1918-1919>>.

Grierson, Cecilia (1910). *Escuelas de Enfermeras y Masajistas de la Asistencia Pública de Buenos Aires. La Administración Sanitaria de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Publicación Oficial.

Howard, Jorge (1932). Las Samaritanas de la Cruz Roja. *Libro de la Cruz Roja Argentina*. Buenos Aires: Cruz Roja Argentina Buenos Aires.

Keeling, Arlene W. (2009). 'When the city is a great field hospital': the influenza pandemic of 1918 and the New York City nursing response". *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2372-2378.

Kriskovich Roberto (2017). *Principales acciones sanitarias llevadas a cabo en la postguerra (1879-1932)*. Asunción: Editorial Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

La Nación (4 de junio de 2017). La Gripe Española llega al Paraguay: 1918. El Diario (26 de noviembre de 1918). Recuperado de <<https://www.lanacion.com.py/periodico-impreso/suplemento-ideaspalabras/2017/06/04/la-gripe-espanola-llega-al-paraguay-1918>>.

López, Miriam y Beltrán, Marcelo (2013). Chile entre pandemias: la influenza de 1918, globalización y la nueva medicina. *Revista chilena de infectología*, 30 (2), 206–215

Lozano Nicolas (1932). *El libro de la Cruz Roja Argentina*. Buenos Aires: Talleres Gráficos de la Compañía General Fabril Financiera.

Lutz, Adolpho; De Souza Araujo, Heráclides-Cesar y De Fonseca Filho, Olympio (1918). Viagem científica no Rio Paraná e a Assuncion com volta por Buenos Aires, Montevideo e Rio Grande. *Mémoires do Instituto Oswaldo Cruz*, 10 (2), 104–173.

Maluquer De Motes, Jordi (2020). La madre de todas las pandemias: impacto demográfico de la gripe de 1918–1920. *Conversación sobre la Historia*. Recuperado de <<https://conversacionsobrehistoria.info/2020/08/02/la-madre-de-todas-las-pandemias-impacto-demografico-de-la-gripe-de-1918-1920>>.

Manzella, Miguel (1950). Evolución de la Enfermería en la Cruz Roja Argentina. Cuerpo auxiliar permanente, terrestre, marítimo y aéreo. *Revista de la Cruz Roja Argentina*xxvi.

Manrique-Abril, Fred G.; Martínez-Martin, Abel F.; Meléndez, Bernardo F.; Ospina (2009). La pandemia de gripe de 1918–1919 en Bogotá y Boyacá, 91 años después. *Revista Infectio*, 13, (3), 182–191.

Márquez Morfín, Lourdes y Molina del Villar, América (2010). El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México. *Desacatos*, 32, 121–144.

Martín, Ana Laura (2014). *Parir, cuidar y asistir. El trabajo de las parteras y enfermeras en Buenos Aires (1877–1955)*. (Tesis Doctoral). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Martín, Ana Laura (2015). Mujeres y enfermería. Una asociación temprana y estable (1886–1940). En Biernat, Carolina; Cerdá Juan Manuel y Ramacciotti,

Karina (dir.). *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes, (pp. 257–274).

Martínez Garnica, Armando (1996). *La dimensión Social de la Práctica de la Enfermería*. Antioquía: Universidad de Antioquia.

Martínez Martín, Abel, Manrique Abril, Fred y Meléndez Álvarez, Bernardo (2007). La pandemia de gripa de 1918 en Bogotá. *Dynamis*, 27, 287–307.

Morales Alliende, Pilar (2004). *100 años de la CR Chilena*. Santiago de Chile: Ed Socias.

Netzahualcoyotzi Méndez, Marciano (2003). La influenza de 1918 en Tlaxcala: mortandad y efectos sociales. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía Médica*, 6 (1), 23–31.

Oficina Sanitaria Panamericana (1940). Enfermería en Argentina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 19, 406–407.

Porrás Gallo, María Isabel (1997). *Un reto para la sociedad madrileña: la epidemia de gripe de 1918–19*. Madrid: Editorial Complutense.

Roberts, Mary (1954). *American Nursing History and Interpretation*. New York: The McMillan Company.

Rubinzal, Mariela, Bolcatto Viviana y Sedrán Paula (2019). Orígenes de la profesionalización de la enfermería y de las visitadoras de higiene en la ciudad de Santa Fe. *Trabajos y Comunicaciones*, (Segunda Época) (49), e083.

Souza, Alina (2003) La formación en enfermería y el desarrollo socioeconómico en América latina 1850–1950. *Revista de Administración Sanitaria*, 1 (4), 555–573.

Spinney, Laura (2018). *El jinete pálido. 1918: la epidemia que cambió el mundo*. Madrid: Editorial Crítica.

Suárez Fuentes, Rafael (2010). Medalla Florence Nightingale, reconocimiento a la entrega y la valentía. *Revista Cubana de Enfermería*, 26 (2). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200010&lng=es&tlng=es>.

Wilde, Guillermina de O.C. (1926). *Enfermeras. Fundación y organización de sus escuelas en la Cruz Roja Argentina. Hogar, sindicatos, federación*. Buenos Aires: Guillermo Kraft Ltda.

Young, Pablo (2011). Florence Nightingale (1820–1910), a 101 años de su fallecimiento. *Revista Médica de Chile*, 139 (6), pp. 807–813.

Zylberman, Patrick (2003). A Holocaust in a Holocaust. The Great War and the 1918: “Spanish” influenza epidemic in France”. En Phillips, Howard; Killingley, David (eds.), *The Spanish influenza pandemic of 1918–19. New Perspectives*. Londres: Routledge, (pp. 191–201).

Reflexiones sobre los cuidados sanitarios ante situaciones críticas en Argentina

Karina Ramacciotti

Daniela Testa

Introducción

Estamos frente a una enfermedad pandémica, la covid-19, que ha trastocado las relaciones sociales y globales desde finales del 2019 y cuya presencia silenciosa e intangible se hizo cotidiana en la vida y en la muerte de gran parte del planeta. Hasta el momento, no tiene cura ni tratamiento. La industria farmacéutica, las políticas sanitarias y científicas están haciendo enormes esfuerzos para encontrar una vacuna que pueda reducir el contagio, lograr un margen de certezas para buscar el anhelado orden social, económico y político que se vio modificado a partir del coronavirus. Diversas formas de narrar la enfermedad y la pandemia establecen matices que interpe-lan sensibilidades, exigen medidas urgentes, estimulan reflexiones y arriesgan pronósticos frente a las humanas complejidades que la COVID19 despliega cuando devela padecimientos, desigualdades y violencias –si bien algunas coyunturales– en mayor medida históricas y estructurales. La carrera por la vacuna contra el coronavirus

constituye la gesta más esperada y referir a ella parece calmar ansiedades. Entonces, hasta su llegada, el confinamiento junto con la higiene y el distanciamiento social son los medios principales para librar una contienda difícil. Esto es, controlar el ritmo de diseminación para intentar que el sistema de salud no colapse y disminuir los índices de letalidad evitable. Esta situación, que nos conduce a un escenario cargado de incertidumbres personales, políticas y sociales, nos invita a compartir en este artículo cómo se modifican y tensan las profesiones que están vinculadas a los cuidados sanitarios en contextos de crisis acontecidas en la historia de la Argentina. Para ello tomaremos tres momentos en los cuales, ante situaciones de crisis políticas, epidemias y catástrofes naturales, las mujeres, en su rol naturalizado de cuidadoras, tuvieron un rol más visible.

Lo que unirá estos relatos es considerarlas labores que ellas realizaron como profesiones ligadas al concepto de cuidado. Dicho concepto se lo ha asociado, desde las ciencias sociales, a las acciones que las mujeres cumplen en el ámbito doméstico y cómo dicho trabajo, no remunerado, ha permitido la reproducción del sistema capitalista. Se lo ha vinculado a las actividades de gestión, de limpieza y a las tareas de enlace entre los ámbitos doméstico y público, derivadas de las responsabilidades familiares (Jelin, 1998). Menos habituales fueron las conceptualizaciones que han considerado la Enfermería, el Trabajo Social, la Terapia Ocupacional, los apoyos de Asistencia Domiciliaria y Acompañamiento Terapéutico y, hasta la misma Medicina, como prestaciones en las cuales el cuidado es central e indispensable, pero las jerarquías al interior no son equivalentes y tampoco el prestigio social que a dichas profesiones se asigna. Entonces consideramos que estas profesiones desempeñan actividades que contribuyen a la salud, la seguridad física y al desarrollo de habilidades cognitivas, físicas o emocionales de las personas (Pereyra y Micha, 2016 y Aspiazu, 2017). Es un cuidado profesional que demanda saberes especializados, que implican, por parte de quien lo provee, una intensa y constante formación previa y labor realizada no solo hacia y para el otro sino hacia su propia sensibilidad ya

que se deben gestionar las propias emociones para poder brindar un servicio que supone lograr el bienestar ajeno. Todas ellas tienen en común ser prestaciones que se brindan a personas que, de manera transitoria o permanente, necesitan mayores atenciones a lo largo de toda su vida o en algún momento determinado. Atenciones que se caracterizan por tener un inevitable contacto próximo con los cuerpos, aumentando en sí mismo el riesgo de contagiarse, y por insumir mayor tiempo, por estas razones son considerados trabajos “esenciales”. Categoría concreta que estableció cuáles actividades económicas son exceptuadas durante las cuarentenas y por lo tanto su movilización contó con permisos especiales. No obstante, esa vital e imprescindible necesidad presencial de sus trabajos cuenta con un menor reconocimiento, prestigio y retribución.

Como ha pasado en otros aspectos, la pandemia de la covid-19 ha echado luz sobre las condiciones laborales de muchas de estas profesiones del cuidado sanitario. Entre las características se encuentra el pluriempleo, la feminización, los salarios desactualizados en relación con las múltiples tareas realizadas, las jornadas de trabajo largas y extenuantes, la carencia de elementos de protección adecuados. Durante la pandemia se agregaron las adaptaciones del trabajo cotidiano para afrontar los retos físicos por no contagiarse tales como usar doble barbijo, doble bota, doble cofia, tres pares de guantes y máscara y los desafíos afectivos que implican el oficio de acompañar de forma constante al otro implementando la tecnología móvil o ciertos dispositivos para mantener el aislamiento sin perder la afectividad con los familiares de los pacientes. Como sostienen Anabel Beliera y Sofía Mallevile (2020), la enfermería ocupa una posición subordinada y sufre procesos de precarización laboral, que refieren tanto a dimensiones contractuales del empleo (contratos eventuales, extensión de la jornada laboral, bajos salarios, etc.) como también a los aspectos subjetivos que están implicados en los trabajos (insatisfacción con las tareas, subordinación frente a otros grupos, etc.).

Muchas de estas situaciones no son nuevas entre los trabajadores de la salud ya que tienen vinculaciones históricas y en este artículo pretendemos retomar algunos de esos momentos en los que estas tareas han tomado una mayor visibilización en el entramado mundo de lo sanitario. Hemos escogido tres manifestaciones en las que se ejemplifica que la feminización de los cuidados es un proceso histórico. Que el cuidado no es tarea “natural” de las mujeres, sino que ha devenido en un proceso de feminización asociado al menor prestigio social y reconocimiento asociado a dichas tareas. Además, como veremos, muchas de estas intervenciones de mujeres en el espacio público fueron vistas como cuestiones singulares, aisladas, únicas y por tal motivo se construyeron relatos heroicos en torno a ellas. Esta representación heroica nada dice en torno a los obstáculos o condiciones laborales. Asimismo, revisaremos cómo en los momentos de crisis sociales la solidaridad, o la falta de ella, se acentúa y las modificaciones que se pueden gestar para lograr espacios profesionales en los cuales ellas tengan un rol un poco más protagónico, no se ponen en discusión las desigualdades genéricas ni laborales.

Entre cuidados y homenajes

Elvira Rawson fue la segunda médica egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires [UBA] en 1892. Su tesis para obtener el título de grado fue *Apuntes sobre Higiene de la Mujer (1892)*. Se casó en 1890 con Manuel Dellepiane con quien tuvo varios hijos. Militante feminista, impulsó el primer centro feminista bregando por la igualdad de los derechos de las mujeres y participó como organizadora del Primer Congreso Femenino Internacional realizado en Buenos Aires en 1910. Su trayectoria profesional se inscribe en la excepcionalidad de la historia universitaria y de las luchas de las primeras mujeres que esquivaron los patrones de ingreso a los estudios superiores; batallando contra los imaginarios genéricos que las ubicaban en una escala inferior con respecto a los varones. Sus es-

tudios universitarios los hizo mientras trabajaba como maestra y, de este modo, pudo costear los gastos de la universidad (Lorenzo, 2016; Barrancos, 2007).



Foto N° 1. Elvira Rawson.

Fuente: Archivos Fotográficos del Archivo General de La Nación [AGN].

Su primera presencia en el escenario político de la época se remonta a 1890 cuando asistió a los heridos en la Revolución del 26 de julio en la ciudad de Buenos Aires. Dicho episodio fue una insurrección armada conocida como la Revolución del Parque que, años más tarde, desembocaría en la conformación de un importante partido político: la Unión Cívica Radical. Este conflicto se produjo a causa de la oposición de la Unión Cívica de la Juventud ante las medidas que estaba tomando el presidente Juárez Celman, integrante del Partido Autonomista Nacional. Durante su presidencia se implementaron medidas económicas que desembocaron en un proceso inflacionario que potenció conflictos obreros y fuertes críticas de los sectores opositores. La Unión Cívica de la Juventud empezó a organizar mitines que hicieron de la libertad electoral y el respeto por la Constitución Nacional la causa fundamental de su enfrentamiento con el grupo dominante (Lobato, 2000).

La Revolución de Julio de 1890 consistió en un combate civil de cuatro días en la Ciudad de Buenos Aires en el cual participaron entre cinco y seis mil hombres y hubo entre ochocientos y mil muertos

o heridos. Los sectores rebeldes a las autoridades de turno fueron vencidos, pero el presidente Juárez Celman se vio obligado a renunciar a los pocos días producto de la crisis económica y el desgaste político que sufrió ante dicha revuelta civil (Alonso, 2000 y Lobato 2000).

En este contexto Elvira Rawson, quien por entonces era una estudiante de medicina en la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA, se alistó para asistir a los heridos en dicho enfrentamiento civil. La joven debió solicitar permiso al director del Hospital Rivadavia para poder atender los heridos en un hospital de campaña instalado entre las calles Lavalle y Talcahuano, epicentro de la contienda. En el llamado Parque de Artillería, hoy Plaza Lavalle, trabajó sin tregua para atender a quienes necesitaban asistencia y cura. Elvira no obedeció la orden impartida por las autoridades del hospital de no socorrer a quienes se estaban levantando contra el orden establecido y asistió, sin distinciones políticas, a los heridos de ambas facciones. La presencia de las mujeres en los espacios públicos, y más en conflictos armados, no era habitual por entonces y, menos aún, junto a otros practicantes varones para curar y asistir a otros varones. Si bien, según las ideas hegemónicas de la época se consideraba que las mujeres contaban con supuestos saberes naturalizados que las habilitaba para brindar cuidados a otras personas en los espacios hospitalarios quien realizaba estas tareas era habitualmente personal religioso; no era, por entonces, usual que las mujeres pudieran intervenir en las curaciones de primeros auxilios y en los espacios públicos, y en la asistencia domiciliaria solían estar más visibles los varones. En este sentido es interesante recordar que en los sucesos desencadenados por la fiebre amarilla de 1871 en Buenos Aires (y que Lucas Andrés Masán aborda en otro capítulo de este libro) en las memorias de la Comisión de Higiene de la Parroquia Monserrat se registró que quienes cuidaron a enfermos en domicilios día y noche fueron “enfermeros” en cuya jornada laboral solo se les autorizaba descansar dos horas por día para almorzar y cenar. Su paga era diaria en función

de los “días y noches” que asistían a las personas enfermas (Archivo Histórico de la Ciudad de Buenos Aires. [AGN] Legajo 16–1871).

Asimismo, los primeros cursos de enfermería datan de 1886 cuando Cecilia Grierson organizó una serie de clases sobre el cuidado para enfermos y sobre primeros auxilios y los dictó en las dependencias del Círculo Médico de la Capital. Esas clases estuvieron destinadas al personal que ya ejercía en los hospitales porteños y algunas tuvieron lugar en los consultorios de los colegas de Grierson, quienes apoyaron la iniciativa pues consideraban necesario formar profesionales en enfermería o al menos instruir al personal que se ocupaba de esas tareas. Estos cursos constituyeron el inicio de la Escuela de Enfermeras, Enfermeros y Masajistas de la Ciudad de Buenos Aires [EEEyM] reconocida como tal en el año 1892 cuando el Estado porteño, a través de la Asistencia Pública, colocó dichos cursos bajo su dependencia y promoción (Martin, 2015).

La presencia de Elvira asistiendo a heridos en el espacio público en un contexto de contienda civil no pasó desapercibida por las autoridades de turno ya que el jefe del hospital de campaña expresó en un parte al general Manuel Campos: “Recomendable es, también, señor general, la conducta de la señorita Rawson, estudiante de medicina, la que en los últimos días, nos acompañó con celo digno de todo aplauso, cuidando con solicitud y contracción a nuestros heridos”(Campos como se cita en Gallo, 2001, p. 15). El general Campos expresó en su informe

No debo pasar adelante sin mencionar antes entre las personas que han prestado su consagración a los heridos, a la señorita Rawson, estudiante de medicina, que con su noble ejemplo animaba a los heridos y que allí en ese campo de desolación, era la digna representante de la mujer argentina, siempre pronta a la caridad y al sacrificio (Campos como se cita en Gallo, 2001, 15).

En estas palabras se destacan las dotes que se consideraban naturales para una mujer “cuidando con solicitud y contracción”, “ca-

ridad y sacrificio” y en sus concretas tareas profesionales se rescató la de “animar a los heridos”; nada se dijo de sus intervenciones concretas en la asistencia y en la cura, ni su capacidad de resolver situaciones urgentes en momentos complejos. La asignación de ciertas atribuciones innatas por ser “digna representante de la mujer argentina” oculta todo el proceso formativo y las trabas que tuvo, en este caso Rawson, para poder entrar y permanecer en la vida universitaria y sortear las barreras impuestas por un sistema patriarcal.

La “valentía”, la “acción”, la “resolución” de problemas concretos eran aspectos valorizados, dentro de los estereotipos atribuidos por el sexo, a lo masculino. Por oposición el sexo “débil” poco podía intervenir en ese sentido. Cuando la realidad irrumpía y contradecía los estereotipos impuestos por el binarismo sexual se lo analizaba como una excepcionalidad o como aspectos atribuibles a la naturaleza femenina individual, pero una u otra opción invisibilizan las concretas tareas realizadas por ellas. Como sostiene la filósofa Diana Maffía (2007) las dicotomías no están en la naturaleza, están en las categorías con las que interpretamos la naturaleza. Por eso naturalizar las dicotomías es un gesto profundamente ideológico.

Un mes después de la Revolución del Parque, el 1° de septiembre de 1890, en el mitin celebrado en el Teatro Politeama, Rawson pronunció su primer discurso.

Cívicos: La mujer argentina no ha podido acallar en su alma el grito de júbilo y aplauso sincero, que desde un extremo al otro de la República, ha despertado unánime esa legión de patriotas que se llama Unión Cívica. Envuelta en esa oleada de entusiasmo, me ha cabido el honor de ser la intérprete de sus ideas, y no es preciso que diga si orgullosa y complacida acepté la misión [...] Creíamos en el patriotismo, la virilidad y el valor eran recuerdos de otros tiempos que pasaron para nunca más volver, y cuanto más el desaliento nos invadía, habéis venido a probar que sois dignos herederos del sacro nombre que nos legaron nuestros padres. Os habíamos hecho una injusticia,

y hoy, complacidas, venimos a devolveros vuestro crédito. ¡Al fin sois argentinos!

Allí mismo Alem, que se encontraba enfermo, se sobrepuso de este impedimento porque quería dar una respuesta personal a quien acababa de oír, al menos a través de una breve alocución con que ensalzó la misión e influencia, así como los sentimientos patrióticos de la mujer argentina (Alem como se cita en Gallo, 2001, p. 15).

Como se desprende en estas palabras se percibe una construcción del sujeto político masculinizado y subordinado a los “patriotas”. Según Elvira son ellos quienes siguen contando con la responsabilidad de modificar el orden. El homenaje, asociado a su acción individual, constituye un espectáculo para ejercer alguna influencia entre las demás personas, pero está alejado de quebrar la gravitación del modelo patriarcal que empezaba a tambalear por las transformaciones iniciadas a partir de la incorporación de las mujeres en la vida universitaria y por los lugares que ocupaban en los lugares públicos. La acción solitaria de Rawson la colocaba en un lugar fragmentado, separado y excepcional del resto de las mujeres y por tal motivo pasible de ser homenajeadas. En esa construcción se desvanecen los mensajes colectivos y en la individualidad se enaltece lo excepcional. No se percibe, en este discurso de Rawson, un posicionamiento crítico ni renovador en cuanto al lugar de las mujeres en la sociedad; lo que su práctica política inauguraría en los años venideros, en cuanto a una mayor apertura para las mujeres en espacios tradicionalmente masculinizados, no es enunciado en el que es considerado su primer discurso político. En esta misma línea en la que se tensan acciones renovadoras dentro de un discurso que no se corre del *status quo*, años más tarde, luchó por el divorcio vincular, pero alertando sobre la proliferación perniciosa de la ruptura matrimonial consustanciada (Camarota, 2017; Valobra, 2008). Tal como señala Diego Armus (2020), Elvira Rawson en algunos temas como la ampliación de derechos políticos tuvo un rol destacado dentro del feminismo sufragista, pero en materia del lugar de las mujeres en lo cotidiano no fue

tan renovadora ni feminista y le costó desprenderse de la perspectiva tradicional de las mujeres y su lugar en cuanto a la domesticidad.

Entonces dicho evento y, como homenaje a sus tareas, Leandro le entregó un reloj de oro y un pergamino en mérito a su labor. Constituye una tradición, a lo largo de la historia, que en los ritos de homenaje se destaquen ciertos valores individuales tales como la abnegación, la entrega, el sacrificio y, en algunos casos, se articulan con una serie de mecanismos de recompensa tales como objetos simbólicos que intentan congelar en la memoria y marcar un momento en particular para el recuerdo. Símbolos que pretenden combatir el olvido, sea individual o colectivo, pero poco dicen de los obstáculos que se debieron transitar para lograrlos. A la sazón, cuando se exaltaban las virtudes por parte de una mujer se las veía como una cuestión excepcional y se interpretaba su accionar por la supuesta sensibilidad que el sexo les otorgaba. Entonces, en la construcción de sus homenajes se destacaban más las dotes supuestamente otorgadas por su sexo y cuasi instintivas, que el conjunto de saberes e intervenciones profesionales que ellas realizaban mediando un conjunto de saberes aprendidos para tal fin.

Con este suceso queremos destacar algunas de las dificultades que han tenido las mujeres a fines del siglo XIX y principios del siglo XX para intervenir en espacios vinculados a los cuidados sanitarios en tareas de asistencia y de cura en espacios públicos. Los cuidados sanitarios no nacieron feminizados, sino que fue un proceso que fue teniendo diferentes hitos que condujeron a dicha feminización (Wainerman y Binstock, 1994). A comienzos del siglo XX, el modelo de enfermería evidenciaba un elevado índice de masculinidad en los hospitales porteños. Recién en 1912 el proceso de feminización se generalizó cuando la EEEyM decidió restringir el ingreso a la carrera solo a mujeres (Martin, 2015). Como veremos a continuación, a mediados del siglo XX, a tono con lo que sucedió en otras latitudes, la presencia de enfermeras en espacios públicos en tareas de prevención y cuidados va a ser parte de los programas formativos; por ejemplo, se impartirán materias especialmente dirigidas para intervenir en

casos de “calamidades públicas”. Del mismo modo, los saberes pronunciados desde posiciones feminizadas y subalternas tensionaron disputas en el campo sanitario, sobre todo en contextos epidémicos cuando las respuestas conocidas se tornaron insuficientes.

Enfermeras y voluntarias en tiempos de epidemia

Algunos historiadores se refieren a la poliomielitis como una de las enfermedades infectocontagiosas más temidas de la primera mitad del siglo xx en otro capítulo de este libro, el brote de 1956 es abordado por Olga Echeverría, recuperando trabajos previos de Testa y Ramacciotti, entre otros. El virus que la provocaba se diseminaba rápidamente en las grandes urbes y, hasta la aparición de la vacuna, en 1955, mantuvo en vilo a gran parte de las naciones al tiempo que recorría el planeta con olas de contagio que resultaban incontenibles. Efectivamente, hasta ese año, la polio estuvo entre las enfermedades que pusieron en jaque la eficacia de la medicina y desafiaron los sistemas sociales y sanitarios de los países que visitaba. La poliomielitis es una enfermedad viral que se transmite por vía fecal-oral y ataca el sistema nervioso central; como consecuencia produce distintos tipos de secuelas motrices de manera permanente y, en casos graves, puede llevar a la muerte. Hasta la aprobación de vacunas antipoliomielíticas certificadas y seguras (la primera fue la vacuna *Salk*), un contexto de incertidumbre y alarma acompañó la vida cotidiana en muchas ciudades y enfrentó a los sistemas sanitarios a las frustraciones de lidiar con una enfermedad con pocas herramientas eficaces y muchas incertezas. Múltiples debates abrevaron en retóricas heroicas sobre el denominado “terrible flagelo” y recursos de todo tipo –estatales y de la sociedad civil– se movilizaron ante una pandemia que no distinguía geografías ni sectores sociales. Esta enfermedad, conocida también como parálisis infantil, alarmaba especialmente porque afectaba en su mayoría a niños, aunque no exclusivamente. Si bien los índices de mortalidad no eran eleva-

dos (en comparación a diarreas y otras afecciones de la infancia), la preocupación principal era la presencia tangible de criaturas que se superponían al virus con severas deficiencias motoras. En 1943, la enfermedad cuadruplicó el número de afectados respecto del anterior brote (registrado en el año 1936). Hacia esa época, la presencia de discapacidades motrices se consideraba un potencial cercenamiento de las capacidades de las personas y ello alentó el desarrollo de técnicas destinadas a su recuperación. El reconocimiento público del problema de la rehabilitación de los “niños lisiados”, según denominación del momento, generó un conjunto de prácticas y discursos que modelaron economías y políticas de cuidado frente a un problema sanitario que comprometió grandes esfuerzos y voluntades (Testa, 2018). En este mismo libro, se puede ver el análisis de Lucía Lionetti sobre los “cuerpos frágiles de los niños”.

En dicho contexto, los medios de comunicación propiciaban actitudes de responsabilidad individual y solidaridad social para prevenir el contagio y ayudar a los más necesitados. Los consejos sobre la higiene de los hogares y la alimentación, el cuidado de los niños y el uso de las pastillas de alcanfor conformaban una extensa lista de recomendaciones dirigidas para evitar la diseminación del virus. Las opiniones de expertos se reproducían para divulgar los avances y debates científicos de último momento entremezclados con curas asombrosas y recuperaciones milagrosas. La falta de certezas, el temor al contagio y la inexistencia de soluciones científicas eficaces hicieron que las respuestas basadas en la prueba y el error, en la intuición y en los saberes tradicionales estuvieran presentes en el día a día de las epidemias; algunas de ellas lograron visibilidad y representaron disputas que tensionaron las lógicas de los cuidados profesionales y el saber biomédico relativo a esta enfermedad.

Entre las novedades de ese momento concertó gran interés el método ideado por la enfermera australiana Elizabeth Kenny. Se trataba de un conjunto de procedimientos para aliviar el dolor, evitar contracturas y deformaciones, destinados para tratar aquello que representaba el mayor desvelo para familiares, médicos y estadistas:

la parálisis. Ciertamente, el método Kenny en muchos casos lograba que los niños se pusieran de pie y caminaran por sus propios medios. Por ese entonces, narrativas optimistas –sostenidas tanto por expertos como por legos– reflejaban un ideal de recuperación centrado en el individuo que se alcanzaba con la capacidad de caminar y de acceder al mercado laboral competitivo.

Kenny había inventado el método en 1911, con base en su experiencia como enfermera rural en Australia. Fueron sus ideas sobre la naturaleza de la poliomielitis las que suscitaron inflamadas polémicas: si Kenny estaba en lo cierto, la parálisis no era entonces una consecuencia natural e inevitable de la enfermedad sino un indeseable resultado del tratamiento tradicional de inmovilización de los ortopedistas. La enfermera concebía la enfermedad como una alteración de los músculos y de la piel y señalaba que los espasmos musculares eran consecuencia de la inflamación y del dolor. Dichos espasmos, al ser tratados en forma inapropiada, eran los causantes de la “invalidéz” que producía la enfermedad. Esa ruptura tenía varias caras, por un lado, resultaba un cuestionamiento al razonamiento clínico de la biomedicina. Por otro, enunciaba (y en cierto modo legitimaba) saberes que tensionaban las representaciones de lo que en ese entonces se consideraba científico en el campo. Además, este lugar de confrontación era ejercido desde una posición de subordinación en disputa ocupado por la enfermería. Si bien entre los médicos muchos reconocían la eficacia del método, especialmente en cuanto a la reducción del dolor, sin embargo, no avalaban el marco interpretativo de la enfermera. Los hombres de ciencia, si bien respetaban a Kenny por ser una mujer de carácter firme profundamente justa y tesonera, devaluaban sus ideas por considerar sus argumentos como no científicos y basados exclusivamente en la intuición y la mera práctica (Rogers, 2013). No obstante, aceptaban que contaba con profundos conocimientos sobre la anatomía de los músculos y que, aún sin preparación científica, había impulsado una necesaria renovación de los métodos de tratamiento. Kenny se había convertido en una figura de cierta relevancia pública y su metodología había

conquistado amplia aceptación entre los familiares de los enfermos (Berg, 1949). En sintonía con los adelantos en las técnicas de rehabilitación de entreguerras los médicos especialistas concentrados en el Hospital de Niños de la Ciudad de Buenos Aires se interesaron por el controvertido método enfermeril y llevaron adelante una experiencia piloto dirigida por el ortopedista Marcelo Fitte. En medio de la cruda epidemia de 1943, a mediados de marzo, llegaron a Buenos Aires dos enfermeras, Mary Steward-Kenny (sobrina de Elizabeth Kenny) y Ethel Gardner, acompañadas por el médico Rutherford John. El médico permanecería en Buenos Aires durante cuatro semanas, y las enfermeras, quienes se alojarían en el Hospital de Niños, dos meses. John se alojó en un hotel para mantener una supuesta posición de neutralidad ante las disidencias locales sobre el método. Su paga casi cuadruplicaba la de las enfermeras, \$750 por mes para él y \$200 para ellas (Rogers, 2013).



Foto N°2: Elizabeth Kenny con algunos de sus pacientes en celebración del Instituto Elizabeth Kenny, 1943. Minnesota, HistoricalSociety.

Fuente: Sister Kenny Institute. Recuperado de <<http://48264840.weebly.com/sister-kenny-institute.html>>.

Conformaron una comitiva enviada por el gobierno de Estados Unidos y la *National Foundation of Infantile Paralysis* de Estados Uni-

dos [FNIP]. Esta institución fue fundada en 1938 por Franklin Delano Roosevelt (quien adquirió esta enfermedad en 1921) con el fin de recaudar fondos para investigar sobre poliomielitis y tuvo como misión transmitir el Método Kenny al equipo especializado de médicos, enfermeras y kinesiólogos del hospital mencionado.

El método Kenny era una actividad laboriosa, requería de tiempo y atención personalizada; se utilizaban paños de tela, agua caliente, recipientes, escurridores, toallas y camillas especiales. La tarea consistía en envolver los miembros afectados con franelas de algodón mojadas en agua caliente, escurridas previamente para evitar las quemaduras. Los vendajes se renovaban cada dos horas pero si los dolores eran muy acentuados se podían cambiar cada quince minutos (durante un lapso de doce horas si era necesario). Aplicar este tratamiento demandaba, pues, contar con personal de enfermería especializado para maniobrar cuerpos paralizados, aliviar su dolor y llevar adelante una pesada jornada que implicaba manejar insumos y varios equipamientos a la vez, permanecer de pie largas horas, consolar llantos infantiles, mecer a los pequeños en sus brazos.

El persistente problema de la escasez de personal sanitario se acentuaba durante las epidemias y, sumado a tendencias que venían desde antes, hicieron casi obvio e incuestionable que ante la necesidad de incrementar el personal extra se apelara a las mujeres para aplicar las nuevas técnicas. A medida que aumentaban los casos se abrían nuevos cargos, siempre de carácter provisorio y extraordinario, sujetos a la evolución epidemiológica. La ecuación concertaba la aptitud y la capacidad de abnegación y sacrificio para el cuidado –esencializados como atributos propios de las mujeres– con bajos sueldos y condiciones laborales precarias. El interés en ocupar ese tipo de cargos públicos puede explicarse con un conjunto de razones que combinan la atracción por obtener un ingreso, aun siendo exiguo, con la desvalorización del propio trabajo basado en la concepción del aporte monetario femenino como complementario al de los varones y en la naturalización de las tareas asumidas (Ramacciotti y Valobra, 2015). Esta combinación las llevaría a postergar sus dere-

chos laborales y aceptar encuadres poco favorables. Como profesión tempranamente feminizada en nuestro país, la enfermería (junto con visitadoras, puericultoras, asistentes de laboratorio, parteras) representaba una profesión “atajo” (Martin, 2015). Es decir, una posible vía de acceso relativamente rápido para el desempeño laboral de las mujeres en el área de la atención médica.

De cara al golpe militar del 4 de junio de 1943, a casi tres meses de la llegada de la comitiva norteamericana, la FNIP recomendó interrumpir la estadía de las *enfermeras* en Buenos Aires y dispuso su inmediato regreso a Minneapolis. Similar reacción fue adoptada desde la Fundación Rockefeller que suspendió abruptamente sus programas de capacitación de enfermeras y otros estímulos a la investigación médica que venía desarrollando en Argentina. Finalmente, con el aval y el dinero provisto por Elizabeth Kenny, ya que la FNIP había retirado el financiamiento, las enfermeras permanecieron en Buenos Aires hasta mediados del año, una vez superado el pico epidémico. Las ideas de carácter nacionalista y antinorteamericanas de las autoridades entrantes y la política de neutralidad adoptada por la Argentina durante la Segunda Guerra provocaron el alejamiento de las relaciones formales entre Estados Unidos y Argentina. La política internacional se metió de lleno en la política nacional e interrumpió los procesos de implementación de proyectos sanitarios, de investigación y de capacitación de recursos humanos auspiciados por instituciones norteamericanas (Ramacciotti, 2017).

No obstante, entre adversidades y gracias a la intervención directa de Elizabeth Kenny quien permitió prolongar la estadía de las enfermeras, la prueba piloto del Hospital de Niños no se interrumpió y resultó en un consenso acerca de su efectividad y pertinencia. A pesar de la inestabilidad y de las desventajosas condiciones de trabajo, el grupo de enfermeras argentinas capacitadas por las enfermeras norteamericanas tuvo un rol destacado durante la epidemia de 1943. Estas mujeres –las “Kenny argentinas”– fueron solicitadas especialmente por su experticia: realizaron viajes de perfeccionamiento en el exterior y brindaron capacitaciones en diferentes ciudades (Mi-

siones, Concordia, Victoria, Salta, Jujuy, Rosario, Santa Fe y Córdoba), en Chile y en Uruguay y fueron las que, a través de su ejercicio profesional, validaron el método en nuestro país (Argentina, Archivo General de la Nación, legajo 113, expediente 9355; 1942–1944).

Una vez superada la epidemia, y con el fin de apreciar mejor los resultados de esta nueva técnica, el equipo de especialistas del Hospital de Niños solicitó continuar las actividades de investigación aplicada con el fin de capitalizar los esfuerzos y aprendizajes invertidos y asistir a los enfermos de otras epidemias. Sin embargo, los recursos hospitalarios asignados fueron interrumpidos. Para entonces, la Sociedad de Beneficencia de la Capital (encargada de administrar el Hospital de Niños, entre otras instituciones asistenciales) enfrentaba serias dificultades financieras para mantener los servicios en condiciones. Luego de la Revolución de Junio de 1943, desde la Secretaría de Trabajo y Previsión encabezada por Juan Domingo Perón, se implementaron una serie de medidas destinadas a favorecer a los trabajadores. Un conjunto de normas acentuó la regulación estatal en materia laboral (como los convenios colectivos de trabajo, el Estatuto del Peón de Campo y los Tribunales de Trabajo) y el incremento de los mecanismos de control. La regularización obligatoria de la jornada laboral de ocho horas exigidas por las nuevas disposiciones de la Secretaría representó una carga monetaria hasta el momento no contemplada en los presupuestos de los hospitales. En ese contexto, financiar las actividades del equipo de poliomielitis una vez solucionada la epidemia era un aspecto difícil de resolver. Resulta comprensible la preocupación de los equipos médicos por aquellos niños de las provincias y de escasos recursos para quienes el regreso al hogar representaría la discontinuidad de un tratamiento adecuado y mayores probabilidades de padecer deformaciones osteoarticulares, además de esterilizar los esfuerzos realizados. Esta situación no pasará inadvertida a las voluntarias, quienes asumieron un relevante papel especialmente durante las crisis sanitarias y epidemias (conseguían medicamentos e insumos, acompañaban a familiares y a enfermos, realizaban tareas de secretaría). En tales circunstancias,

un grupo de ellas –vinculadas a los servicios de poliomielitis– creó, en 1943, la Asociación de Lucha contra la Parálisis Infantil [ALPI]. Constituida por madres de sectores medios y altos, algunas conocieron la enfermedad a través de sus propios hijos y eran conscientes de la importancia de sostener los largos tiempos que requieren los procesos de rehabilitación. Esta organización –en sus inicios subsidiaria de los hospitales públicos– se convirtió gradualmente en una referencia obligada en rehabilitación motriz y congregó a los especialistas destacados de la época. Con los años, ALPI representó una instancia clave de mediación entre la sociedad civil y el Estado y articuló recursos entre ambos escenarios. Las colectas populares, las alcancías (a semejanza de las estrategias recaudatorias de la FNIP) y las campañas de vacunación de ALPI son parte del repertorio de clásicas postales de la vida cotidiana en tiempos de polio e imprimieron huellas en los recuerdos de toda una generación que conoció la enfermedad en la Argentina (Testa, 2016).

En otra oportunidad escribimos sobre los “etcétera del cuidado” para señalar el lugar protagónico de las mujeres durante las epidemias. Utilizamos la palabra etcétera para acentuar la invisibilización y la falta de reconocimiento de innumerables tareas que fueron desempeñadas por mujeres en contextos epidémicos. A partir de su función materna a cargo de la prole, como voluntarias en organizaciones que daban asistencia a enfermos y necesitados o como personal sanitario, las mujeres aportaron materia prima fundamental a los andamiajes del cuidado (Testa, 2018). El estudio de las profesiones feminizadas (enfermería, asistentes sociales, terapistas ocupacionales, psicología, pediatría) ha visibilizado cómo un amplio abanico de prácticas basadas en los “etcétera del cuidado” sostuvieron, en gran medida, la trama micropolítica del trabajo en salud. Si bien esas tareas al ser vistas como continuidades del dominio doméstico resultaron desvalorizadas y mal remuneradas, materializaron (y materializan) dimensiones afectivas y éticas que fueron (y son) fundamentales no solo durante las emergencias sanitarias sino para abordajes de salud basados en la producción de cuidados y no en el

uso exclusivo de tecnologías biomédicas; además dichas tareas visibilizaron la complejidad del cuidado profesional en sus aspectos emocionales, sociales, económicos, culturales y políticos.

El terremoto que despertó vocaciones

Un suceso que ha tenido un rol importante para la promoción de espacios de capacitación en la enfermería en Argentina fue el terremoto de San Juan de 1944. Como sostienen Di Liscia y Álvarez, las catástrofes naturales, como terremotos o inundaciones, al afectar el medio ambiente, pueden generar diferentes crisis en las sociedades. En ocasiones impactan sobre el orden político e inducen a diferentes instituciones, públicas y privadas, a actuar sobre el conjunto social, provocando o intentando provocar alteraciones ya sea para volver la sociedad al punto inicial o bien para avanzar sobre diferentes aspectos estructurales tanto desde la realización de obras públicas o la instalación de instituciones tales como la Cruz Roja (abordada por Álvarez y Di Liscia en otro capítulo de este libro), entidad de ayuda humanitaria de carácter internacional que en el caso de la Argentina, entre otras acciones, dio socorro a las víctimas del terremoto de Mendoza y de Salta acontecidos durante la década de los treinta del siglo xx (Di Liscia y Alvarez, 2019, pp. 154–155). En este contexto y en dialogo con dichas experiencias, analizamos el terremoto de San Juan de 1944 ya que en estas experiencias previas también quedaron al desnudo, entre otras carencias, las del déficit en cuanto formación de recursos humanos capacitados ante ciertas calamidades, pero como diferencia de estos sucesos trágicos quienes tomarán la responsabilidad de organizar instancias de capacitación serán emprendimientos estimulados, proyectados y financiados desde las responsabilidades estatales.

El terremoto de San Juan ocurrió el 15 de enero y dejó alrededor de diez mil muertos y a la mitad de la provincia sin vivienda dado que estaban erigidas de adobe. El dramatismo del suceso puso en

evidencia las carencias sociales y la falta de infraestructura. Como señala Mark Healey (2002)

Es solo la presencia humana, y el derrumbe de las construcciones humanas, lo que convierte los acontecimientos sísmicos en desastres naturales. Más allá de las estructuras físicas, parte de la culpa del desastre puede encontrarse también en las estructuras sociales y en las relaciones de poder que ponen en riesgo a ciertos grupos sociales y no a otros. Si bien estas estructuras sociales suelen ser invisibles o darse por sentadas, un desastre de proporciones puede sacarlas a la luz y someterlas a un cuestionamiento.

Las necesidades sanitarias que se produjeron, el miedo por la potencial infección proveniente del sepulcro abierto y la inminente campaña de vacunación contra el tifus demandó un enorme operativo médico conformado tanto por argentinos como por chilenos (Healey, 2002). Asimismo, aceleró la puesta en funcionamiento del gran hospital policlínico general: el Hospital Central en Mendoza. Este nosocomio se comenzó a utilizar, por disposición de las autoridades nacionales, antes de finalizar las obras, para albergar a quienes habían sufrido las consecuencias del terremoto de la provincia aledaña (Raffa, 2020).



Foto N° 3. Sobrevivientes removiendo escombros.
Fuente: AGN, 1944.

Este suceso fue una experiencia desgarradora para la región y demostró, una vez más, que la Argentina era mucho más de lo que sucedía en Buenos Aires. Juan Domingo Perón, por entonces secretario de Trabajo y Previsión, supo interpretar las posibilidades políticas de dicho momento y para satisfacer las acuciantes demandas sociales organizó una campaña solidaria a cargo de la institución estatal que presidía, desplazó en este emprendimiento a las instancias de caridad privada, quienes solían tener un rol activo en este tipo de acciones, e inauguró una decidida apuesta por la intervención social bajo instancias estatales y en pos de lograr la concreción de derechos sociales postergados. La colecta y el protagonismo de Perón en este suceso marcó el inicio de su proyecto político que lo conduciría a la presidencia dos años más tarde.

La Secretaría de Trabajo y Previsión repartió alimentos y medicinas de forma diaria a cuarenta y cinco mil sobrevivientes en San Juan y a quince mil refugiados en otros lugares y se despacharon toneladas de donaciones vía ferrocarril a San Juan. Los medios de comunicación tuvieron un rol destacado para dar a conocer las necesidades y lograr la sensibilidad social necesaria para fomentar las donaciones hacia San Juan (Healey, 2012).

En los desastres naturales o en las situaciones de emergencia se generan momentos de solidaridad, se crean oportunidades laborales y, también, se suelen despertar vocaciones. Como sostiene América Molina del Villar (2009), ante situaciones de crisis dos sentimientos o pasiones universales surgen; el miedo y la esperanza. Ambas pasiones se encuentran cimentadas y alimentadas por la incertidumbre del presente y del futuro. En esta misma línea, Orhan Pamuk (2020) sostuvo que ante situaciones de catástrofes “el miedo provoca dos respuestas diferentes, en mí y quizá en todos nosotros. A veces me empuja a encerrarme en mí mismo, en la soledad y el silencio. En otras ocasiones, me enseña a ser humilde y practicar la solidaridad”. En el terremoto de San Juan, mientras algunos médicos se fugaban en el momento que eran más necesitados, voluntarios encontraban personas bajo los escombros con vida luego de tres días del evento

tal como el caso de la hija de un terrateniente que se había dado por muerta (Healey, 2002); o muchas mujeres se sintieron atraídas para ocupar puestos de enfermería o para capacitarse luego de las urgencias y demandas sanitarias que quedaron visibilizadas por la prensa periódica, la radio y las colectas públicas de un suceso provincial que tomó ribetes nacionales. Por ejemplo, Margarita Basomba, enfermera egresada de la Cruz Roja porteña y quien tuviera un lugar preponderante en la enfermería de la ciudad de La Plata, señaló que este suceso marcó su vida ya que fue una de las integrantes de la delegación instalada en Mendoza con el fin de socorrer a heridos que llegaban desde San Juan. Además, presencié la muerte de dos colegas que se produjo por un desperfecto en un avión que se dirigía a dicha provincia. Ambos sucesos trágicos apuntalaron aún más su espíritu solidario y se inclinó definitivamente por esta profesión que durante los años venideros la tuvo en sitiales de reconocimiento profesional (Ramacciotti y Valobra, 2020).

Tal como señalan Adriana Álvarez y María Silvia Di Liscia (2019) las escuelas de enfermeras de la Cruz Roja Argentina tuvieron una importante expansión luego de los terremotos de Mendoza (1929) y de Salta (1930) y lograron incrementar el interés de mujeres jóvenes en capacitarse en tareas humanitarias para dar respuesta a situaciones de desastres, pero la necesidad de recursos humanos capacitados tomó mayor relevancia nacional luego del sismo de San Juan. Ante esa situación, la Secretaría de Salud Pública [SSP] creada en 1946 durante el gobierno peronista (1946–1955) impulsó, a tono de lo que estaba sucediendo en otras latitudes, la creación de espacios educativos que profesionalizaran la práctica sanitaria. Para tal fin se impulsó la Escuela Superior de la SSP (1947) y, dependiendo de esta, la Escuela de Enfermeras de la SSP. En este último ámbito se abrió un espacio de inserción a las mujeres, relacionado con la enfermería, para las que eran consideradas especialmente capacitadas en función de las nociones de género imperantes en la época. Tres años más tarde la Fundación Eva Perón [FEP] fundó la Escuela de Enfermeras “7 de mayo”. Ambas escuelas mejoraron la capacitación

y brindaron una formación que apuntó a la atención y al cuidado de las personas hospitalizadas y a las tareas de prevención en los espacios urbanos y rurales. La Escuela de Enfermeras de la FEP contaba con una materia para intervenir en casos de catástrofes. El curso de “Defensa Nacional y Calamidades Públicas” tuvo como objetivo brindar nociones para que pudieran intervenir en casos de “guerra, sublevaciones y huelgas generales” y también contaban con la capacitación necesaria para que ellas pudieran manejar vehículos necesarios para la movilidad sanitaria (Ramacciotti y Valobra, 2008).

Estos espacios formativos se constituyeron en una opción laboral para numerosas mujeres que veían en esta profesión una entrada al mercado laboral y también un trabajo que no debía soportar el peso del estigma asociado a las obreras. Tal como lo ha señalado Mirta Lobato (2007) las trabajadoras fabriles sufrían una doble culpabilización; por un lado, eran estigmatizadas por ausentarse de su hogar, por otro lado, al exponer su cuerpo a las exigencias del mundo industrial se creía que también deterioraban su capacidad reproductiva.

En sendas escuelas que se impulsaron durante el peronismo se mantuvieron los enunciados vinculados a la vocación de servicio y al espíritu caritativo. La apropiación de ciertas ideas del mundo religioso trasladadas a ese espíritu solidario, de ayuda al prójimo, de concreción laica del ideal cristiano, influyó para que muchas personas se sintieran convocadas para esta profesión. Otro aspecto para destacar fue el interés de promover un modelo de enfermería centrado en la detección de necesidades sociales y sanitarias en los lugares carenciados. Las experiencias de trabajo en el barrio porteño de Villa Soldati de las enfermeras de la Escuela de Enfermería de la SSP en 1947 es un ejemplo de ello. La detección temprana de potenciales enfermedades, la enseñanza de pautas de higiene y cuidado, la administración de vacunas y la derivación, si fuera necesario, a centros asistenciales, fue un aspecto que comenzó a tener mayor protagonismo entre las tareas de la enfermería y que se expandirían durante la segunda mitad del siglo xx (Martin y Ramacciotti, 2019).

Entonces, una catástrofe natural, tal como el desastre que ocasionó el terremoto de San Juan, fue un envión para impulsar espacios de capacitación que mejoraran las pericias dentro del sector de enfermería. Si bien los argumentos se centraron en las supuestas dotes de sacrificio y cuidado innato que ellas portaban por su sexo, el proceso de capacitación y de la búsqueda de saberes para mejorar sus prácticas marcó un mojón destacado dentro de la historia de la profesión. Aunque mantuvieron un rol subordinado a las indicaciones de los profesionales de la salud, contaron tanto con saberes para desenvolverse en el espacio hospitalario como también nociones para intervenir en experiencias concretas de trabajo en espacios públicos tales como barrios carenciados o experiencias de emergencia. Sin lugar a duda, si bien se complejizaron conocimientos y experiencias laborales, esto no devino en una discusión en torno a sus derechos laborales. En efecto, en la medida en que el proceso de feminización reclamaba más mujeres para la enfermería desplazando a los varones, las mujeres no recibían un reconocimiento pecuniario ni profesional concomitante pues, precisamente, su demanda se basaba en la idea de que la precarización era consustancial al ejercicio de dicha actividad y que las mujeres, por sus condiciones naturales, podían sobrellevarla sin conflicto. En la práctica, las organizaciones de enfermeras, que se comenzaron a formar en este período, también tuvieron problemas para efectivizar sus demandas pues incurrieron en una lógica semejante. Sin embargo, evidenciaron que, en tanto trabajo, su tarea merecía un salario digno que les permitiera satisfacer sus necesidades básicas y sobre esa lógica tallaron en el espacio público (Ramacciotti y Valobra, 2017).

Reflexiones en torno del pasado y el presente

Entonces, ¿cómo se pueden enlazar estas experiencias históricas vinculadas a reconocimientos, relaciones entre las profesiones del cuidado y la política nacional o internacional y el estímulo a ins-

tancias de capacitación desde el Estado en torno a tareas ligadas al cuidado con la covid-19? ¿Es posible identificar semejanzas y diferencias entre estas experiencias y nuestros tiempos?

Estamos frente a un contexto plagado de actitudes de cuidados solidarios que logran superar las filiaciones políticas de quienes son sujetos de atenciones. Multiplicidad de agentes de cuidado, día tras día, sin materiales adecuados, con extenuantes jornadas de trabajo que brindan cuidados a quienes deben transitar el coronavirus en contexto de aislamiento. Son figuras anónimas; en los casos más trágicos se conocen sus nombres cuando fallecen. En los inicios de la pandemia, narrativas mediáticas apelaron a figuras arquetípicas de médicos y enfermeras. No obstante, el empeño de algunos sectores en propiciar aplausos sincronizados y exaltados agradecimientos a los profesionales de la salud, pasado el primer cimbronazo de la entrada del virus al país –para bien y para mal– el devenir epidémico ha dejado al desnudo la humanidad de los héroes. Trabajadores de carne y hueso, más o menos abnegados o egoístas, tan vulnerables al virus como cualquiera, no permanecen ajenos al riesgo y al temor de contagiarse, así como tampoco inmunes a las condiciones inestables y precarizadas que regulan el mercado sanitario (Testa, 2020).

Los medios de comunicación, el rol de la televisión y de internet, han pasado de una centralidad en las víctimas, aisladas de todo el contexto social, a una naturalización de los contagios y las muertes. Un periódico realizó un informe titulado “Los héroes que hemos perdido” en el que se registra la cantidad de médicos, enfermeros y auxiliares contagiados y fallecidos. Al momento de publicación de la nota periodística, octubre del 2020, existía el 5 % del total de los contagios y el 0,9 % de las muertes por coronavirus; además brindaban breves referencias biográficas de quienes “murieron en el frente de batalla, peleando cara a cara con el coronavirus sin bajar los brazos más allá de las condiciones de trabajo que hayan tenido que enfrentar” (Illbele, 2020). También existen ejemplos de homenajes con aplausos y sirenas provenientes de los mismos integrantes de las unidades hospitalarias y la producción televisiva de un *docu-rea-*

lity “Héroes Invisibles” que cuenta las historias de vida de aquellos seres anónimos que trabajan en cada una de las fases de la covid-19 (Héroes invisibles; 2020). Estos relatos se ven tensados por los propios actores quienes sostienen “Hay que desmitificar el discurso del héroe o del mártir. No lo somos, somos trabajadores” (Chaina, 2020).

Los medios de información masivos pueden referirse a ellos como “héroes y heroínas de la salud”, “héroes invisibles”, “Ejército anónimo de voluntades”, “La avanzada”, “La primera línea de batalla”, “vocación solidaria”, pero sin profundizar sobre sus condiciones laborales, su falta de reconocimiento y de prestigio social. El “amor por la profesión”, la “pasión”, “la ayuda amorosa” sobresalen por sobre las carencias estructurales que portan las profesiones ligadas al cuidado.

Estas representaciones sobre el personal de salud convivieron con denuncias de situaciones de discriminación dirigidas hacia el personal de salud por parte de sus vecinos por ser culpabilizados como vectores de contagio. Asimismo, sus reclamos en torno a la imperiosa necesidad de incrementar las recomendaciones sanitarias para evitar el colapsamiento del sistema de salud no parecieron ser escuchadas ya que abundaron múltiples actitudes de desobediencia civil, negación de la enfermedad y falta de empatía que se produjeron día a día con bares repletos de personas, quemas de barbijos y manifestaciones políticas presenciales que, en muchos casos, no cumplían los recaudos sanitarios aconsejados.

En los últimos años, la presencia de los movimientos antivacunas en los medios de comunicación es cada vez más visible (Brown, 2015). No obstante que los debates que interpelan la utilización de vacunas están presentes desde el momento de su invención, estas visiones aparecen como algo “nuevo” y se han recrudecido para cuestionar las políticas de inmunización. En ese sentido, es posible observar en medios de comunicación y redes sociales la presencia de narrativas sobre las vacunas anticoronavirus que siembran interpretaciones y emocionalidades negativas, en muchas ocasiones sin sustento científico. Si bien en Argentina el nivel de inmunización de

la población es alto (95 %) y se mantiene una estricta vigilancia epidemiológica, existen posturas tanto entre médicos como entre legos que se oponen a la utilización de vacunas y postulan la libertad y el derecho de abstenerse de las mismas. De cara a los próximos desafíos de inmunizar por primera vez a la población con una vacuna para el coronavirus, es importante considerar que estas tensiones y resistencias debieran ser tomadas en cuenta para diseñar las estrategias de inmunización y las agendas de investigación y capacitación en pos de acompañar y fortalecer las intervenciones de los profesionales de la salud, especialmente de aquellos involucrados en los primeros niveles de atención, frecuentemente bajo la responsabilidad de enfermería.

En un horizonte futuro esperamos que luego de esta pandemia se activen los espacios de capacitación para incrementar la formación en los cuidados sanitarios, pero que dichas instancias formativas traigan un serio y sincero debate en torno a sus condiciones laborales, derechos y reconocimiento. Las profesiones del cuidado sanitario están marcadas por la extensión de la jornada laboral a través del pluriempleo, la realización de horas extra muchas veces “no registradas”, y el trabajo durante fines de semanas y días no laborales. Estas características del mercado laboral en esta pandemia colaboraron para incrementar los casos de contagio, ya que debían concurrir a diferentes instituciones para tener un salario digno. Los contratos de trabajo rozan la ilegalidad, ya que se formalizan con acuerdos precarios que no garantizan derechos laborales adquiridos. Además, se ha denunciado falta de personal capacitado en técnicas de cuidados críticos y la carencia de elementos de protección personal, agotamiento físico, mental y miedo. Tal como señaló Estela Maimone, enfermera certificada en Control de Infecciones de la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones y directora del Grupo Asesor Control de Infecciones y Epidemiología [CODEINEP]

Desde que la covid-19 llegó a la Argentina, y pese a los cuidados para no expandir la pandemia, existe un 5 % de personas contagia-

das que quedan internadas en unidades de cuidados intensivos. Allí, son los enfermeros y enfermeras quienes tienen un contacto más estrecho y prolongado con los pacientes, los cuales quedan bajo su cuidado las 24 horas (en turnos de 7 horas o más), a lo que debería sumarse la consideración de que muchos enfermeros y enfermeras tienen más de un trabajo, lo que significa una mayor exposición (Maimone, 2020).

La medicina social de los años cuarenta del siglo xx tenía como horizonte la posibilidad de un mundo sin hospitales ni enfermedades, pero queda claro que fracasó. En el mundo que estamos atravesando las enfermedades crónicas, endémicas y epidémicas son una constante en nuestras vidas y nuestras emociones. Por tanto, sin políticas de Estado que apuesten a la capacitación, a la investigación científica y a la salud pública serán menores las posibilidades de reducir las desigualdades sociales y el impacto que ellas generan.

La celebración de los “Héroes y heroínas de la salud pública”, estrategia política utilizada por las autoridades oficiales cuando pasan las crisis sanitarias por medio de entrega de medallas o relojes, como en el caso de Elvira Rawson, no modifica las condiciones de trabajo y solo colabora en aumentar el panteón heroico de la historia de la medicina con bastante bronce pero, en muchos casos, sin un debate en torno al reconocimiento, al prestigio y a las mejoras salariales. Retomamos en este sentido las palabras de Maximiliano Figuepron cuando sostiene:

[...] la aparición de algunas figuras emblemáticas, la forma en que se describen los cuerpos y escenas y el propio ritmo que tiene la narración de la epidemia constituyen elementos que brindan la posibilidad de encauzar un acontecimiento traumático, sobre todo, que enlazan esa experiencia con otras: “normalizan” la crisis al ponerla en comparación con otras semejantes (Figuepron, 2020, p. 61).

Esperamos que una vez superada la pandemia de covid-19 podamos reflexionar y poner este suceso como una inflexión de cómo

se modificó el rol de Estado y las condiciones sanitarias y laborales de los agentes del cuidado y, sobre todo, que recordemos como un lejano hecho del pasado los actuales reclamos desesperados del personal de salud o bien que estas demandas y luchas impliquen la construcción de otras formas de atención y cuidado que cuenten con recursos suficientes, con el fortalecimiento del tejido social necesario y, por sobre todo, con decisiones políticas impostergables. En este sentido, compartimos el anhelo de Alain Touraine quien en una entrevista sostuvo “Esta crisis empujará hacia arriba la categoría de los cuidadores ya que no pueden seguir estando mal pagados” (Touraine, 2020).

Agradecimientos

El siguiente artículo se inscribe dentro de los resultados de los siguientes proyectos “La enfermería universitaria en la Argentina (1952 a 1969) Código del Proyecto A003/2017. Resolución R. N°200/2017 de UNPAZ y Renovación por Resolución 469-2019 de la Universidad Nacional de Quilmes; “El proceso de profesionalización del cuidado sanitario. La enfermería universitaria en Argentina (1940-1970)”;

“Género y modernización política (Argentina, 1955- 1970)” de la Universidad Nacional de La Plata. Periodo 2019- 2021 y PISAC- COVID 19 00022 Res. N. 119- 2020 “La Enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la post-pandemia de la covid-19). Argentina siglo xx y xxi”. Nuestro agradecimiento a Maximiliano Figuepron quien compartió su rico material de archivo sobre la fiebre amarilla de Buenos Aires de 1871 con nosotras.

Bibliografía

Alonso, Paula (2000). La Unión Cívica Radical: Fundación, Oposición y Triunfo (1890–1916). En Mirta Lobato (dir.), *Nueva Historia Argentina*. Buenos Aires: Sudamericana.

Archivo General de la Nación (1942–1944), legajo 113, expediente 9355; Argentina.

Armus, Diego (2020). Covid–19 y tuberculosis: incertidumbres en tiempos de pandemia y a cara femenina de la tuberculosis en Buenos Aires en los años del tango clásico. En Marcela Vignoli, *Epidemia y Endemias en la Argentina moderna. Diálogos entre pasado y presente*. Buenos Aires: Imago Mundi.

Archivo Histórico de la Ciudad de Buenos Aires. Legajo 16–1871. Buenos Aires.

Aspiazu, Eliana (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, 28, 11–35.

Barrancos, Dora (2007). *Mujeres en la sociedad argentina. Una historia de cinco siglos*. Buenos Aires: Sudamericana.

Beliera, Anabel y Malleville, Sofía (2020). El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería. Repensando el concepto de precarización laboral. *Estudios del Trabajo*, 59, 1–26.

Berg, Roland(1949). *La lucha contra la poliomiélitis*. Buenos Aires: Nova.

Brown, Josefina (2015). Los movimientos antivacunas en Internet. Notas para el debate. En Mónica Petracci (coord.), *La salud en la trama comunicacional contemporánea* (pp. 85–98). Buenos Aires: Prometeo,

Cammarota, Adrián (2019). Elvira Rawson en el Sur, Elvira Rawson contra el Consejo Nacional de Educación (1926). *Workshop Salud y Educación: una mirada interdisciplinaria. Actores, intervenciones estatales y sociedad civil. Argentina: 1890–2019*, Universidad Nacional de La Matanza, Buenos Aires.

Chaina, Patricia (27 de agosto de 2020). Coronavirus en Argentina: dos muertes por día en el personal de salud. *Página 12*, 35, (11873). Recuperado de

<<https://www.pagina12.com.ar/285549-coronavirus-en-argentina-dos-muertes-por-dia-en-el-personal->>.

Di Liscia, María Silvia y Álvarez Adriana (2019). Ciudades atormentadas: catástrofes urbanas y atención humanitaria (Cruz Roja Argentina, 1864–1930). *Resgate –Revista Interdisciplinaria de Cultura*, 2 (38), 153–174.

Fiquepron, Maximiliano (2020). *Morir en las grandes pestes. Las epidemias de cólera y fiebre amarilla en la Buenos Aires del siglo XIX*, Buenos Aires: Sudamericana.

Gallo, Rosalía (2001). *Las mujeres en el radicalismo argentino 1890–1991*, Buenos Aires: Eudeba.

Healey, Mark (2002). La trama política de un desastre natural; el terremoto y la reconstrucción de San Juan. *Entrepasados*, 11 (22), 49–66.

Healey, Mark (2012). *El peronismo entre las ruinas. El terremoto y la reconstrucción de San Juan*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Illbele, Florencia y Martín, Hugo (19 de octubre de 2020). Los héroes que hemos perdido. *Infobae*. Recuperado de <https://especiales.infobae.com/heroes-coronavirus/index.html?fbclid=IwAR07_O7NN_LFpflfM4O4SSW-grMBfZq84y1QTJB_QFgoslRU_WWPU6NOJwBY>.

Jelin, Elisabeth (1998). *Pan y Afectos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Lobato, Mirta (2000). Estado, gobierno y política en régimen conservador. En Mirta Lobato (dir.), *Nueva Historia Argentina*, (pp. 179–208). Buenos Aires: Sudamericana.

Lobato, Mirta (2007). *Historia de las trabajadoras en la Argentina (1869–1960)*, Buenos Aires: Edhasa.

Lorenzo, María Fernanda (2016). *Que sepa coser, que sepa bordar, que sepa abrir la puerta para ir a la Universidad: las académicas en la Universidad de Buenos Aires en la primera mitad del siglo XX*. Buenos Aires: Eudeba.

Maffía, Diana (2007). Dicotomía sexual. En Dora Barrancos, Eva Giberti y Diana Maffía, *Diccionario de estudios de género y feminismos* (pp. 89–90). Buenos Aires: Biblos.

Maimone, Stella (24 de abril de 2020). Los enfermeros en época de Covid-19, *Telam*. Recuperado de

<<https://www.telam.com.ar/notas/202004/454047-los-enfermeros-en-epoca-de-covid-19.html>>.

Martin, Ana Laura (2015). Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940). En Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdá y Karina Ramacciotti (dir.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 257-286). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Martin, Ana Laura y Ramacciotti, Karina (agosto 2019). *La enfermería en salud pública en Santiago de Chile y Buenos Aires. El caso de Quinta Normal y Villa Soldati en los años cuarenta del siglo xx*. Trabajo presentado en XIV Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y IX Congreso Iberoamericano de Estudios de Género, Universidad Nacional de Mar Del Plata.

Molina del Villar, Amércia (2009). Entre el miedo y la esperanza: la peste de 1737 y la mujer hechicera de San Pablo del Monte, Puebla. En Elisa Speckman Guerra, Carla Agostoni y Pilar Aizpuru (coords.), *Los miedos en la historia*. México: Colegio de México y Universidad Nacional Autónoma de México.

Pamuk, Orhan (16 de mayo de 2020). Lo que las grandes novelas sobre pandemias nos enseñan. *La Nación*. Recuperado de

<<https://www.lanacion.com.ar/opinion/lo-que-las-grandes-novelas-sobre-pandemias-nos-ensenan-lecturas-biografia-nid2365414>>.

Pereyra, Francisca y Micha, Ariela (2016). La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. *Salud Colectiva*, 12 (2), 221-238.

Raffa Cecilia (2020). Políticas sanitarias y arquitectura de Estado en Mendoza: el Gran Policlínico Central (1938-1943). *Estudios Sociales del Estado*, 6 (11), 39-75.

Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2008). Profesión, vocación y lealtad en la enfermería peronista. En Carolina Barry, Karina Ramacciotti y Adriana

naValobra (eds.), *La Fundación Eva Perón y las mujeres en Buenos Aires: entre la provocación y la inclusión*. Buenos Aires: Biblos.

Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2015). Feminización y profesionalización de la enfermería (1940–1955). En Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdá y Karina Ramacciotti (dir.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 287–314). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2017). El dilema Nightingale: controversias sobre la profesionalización de la enfermería en Argentina 1949–1967. *Dynamis*, 3 (87), 367–387.

Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2020). Con el descanso del viento. Margarita Basomba y la enfermería platense. En Karina Ramacciotti (ed.) *Historias de la enfermería en Argentina. Pasado y Presente de una profesión* (pp. 242–273). José C. Paz: Editorial de la Universidad Nacional de José C Paz, Recuperado de <<https://edunpaz.unpaz.edu.ar/OMP/index.php/edunpaz/catalog/download/49/60/187-1?inline=1>>.

Ramacciotti, Karina (2017). La Fundación Rockefeller y la División Internacional de Salud en el Río de la Plata y la Región Andina. Ideas, concreciones y obstáculos (1941–1949). *Redes*, 23 (45), 97–121. Recuperado de <<http://iec.unq.edu.ar/index.php/es/publicaciones/revista-redes/numeros-anteriores/item/268-redes-45>>.

Rogers, Naomi (2013). *Polio Wars: Sister Kenny and the Golden Age of American Medicine*. Oxford: University Press Scholarship Online.

Testa, Daniela (2016). Poliomiélitis, rehabilitación y los “etcétera” del cuidado: visitadoras, nurses y voluntarias. *Avances del Cesor*, 8 (15), 157–179. Recuperado de <<http://web2.rosario-conicet.gov.ar/ojs/index.php/AvancesCesor/index>>.

Testa, Daniela (2018). *Del alcanfor a la vacuna Sabin. La polio en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos.

Testa, Daniela (2020). Cuando lo esencial se hace visible: Reflexiones sobre la pandemia de covid–19 en Argentina. *Campinas*, 28 (55), 301–313.

Touraine, Alan (28 de marzo de 2020). Esta crisis va a empujar hacia arriba a los cuidadores. *El País*. Recuperado de <<https://elpais.com/>

ideas/2020-03-28/alain-touraine-esta-crisis-va-a-empujar-hacia-arriba-a-los-cuidadores.html>.

Valobra, Adriana (2008). Feminismo, sufragismo y mujeres en los partidos políticos en la Argentina en la primera mitad del siglo xx. *Amnis. Revue de civilisation contemporaine Europes/Amériques*.

Wainerman, Catalina y Binstock, Georgina (1994). Género y ocupación en el sector de Enfermería. *Estudios del Trabajo*, 7, 44-65. Recuperado de <<http://www.aset.org.ar/docs/Wairnenman%20Y%20Binstock.pdf>>.

Cuerpos débiles, voces silenciadas

La alianza médico–pedagógica en las escuelas y colonias de niños débiles

Lucía Lionetti

Entre los que viven prisioneros del desamparo y los que viven prisioneros de la opulencia, están los niños que tienen mucho más que nada pero mucho menos que todo. Cada vez son menos libres los niños de clase media. Les confisca la libertad, día tras día, la sociedad que sacraliza el orden mientras genera el desorden [...] La sufrida clase media sigue creyendo en la experiencia como aprendizaje de la obediencia, y con frecuencia defiende todavía al orden establecido como si fuera su dueña, aunque no es más que una inquilina del orden, más que nunca agobiada por el precio del alquiler y el pánico al desalojo. En el pánico, pánico de vivir, pánico de caer, cría a sus hijos. Atrapados en las trampas del pánico, los niños de clase media están cada vez más condenados a la humillación del encierro perpetuo.

(Galeano, Eduardo (1996). El sacrificio de la justicia en los altares del orden. Los Prisioneros.xiv Curso Interdisciplinario del Instituto Interamericano de Derechos Humanos, en San José de Costa Rica, Costa Rica).

En el contexto de nuestros días, el pedagogo y dibujante italiano, Francesco Tonucci, manifestó que la niñez se ha vuelto invisible des-

de el inicio de la pandemia de covid-19. En las silenciosas calles de los días del aislamiento, preventivo y obligatorio [ASPO] se hizo visible esa ausencia de las infancias transitando bulliciosas, corriendo y jugando en las plazas, poblando las veredas a la salida de la escuela. La consigna *#quedateencasa* dejó a las infancias sin el “afuera”. La niñez fue preservada, resguardada, en el espacio íntimo de su hogar. Una oportuna medida preventiva pero que, sin embargo, potencia una realidad que no desconocemos: el espacio de la convivencia doméstica no siempre es el lugar de los afectos, de los cuidados y de la protección. Ese refugio de la intimidad puede ser el ámbito en el que afloran las violencias más extremas y dolorosas hacia los cuerpos de niños y mujeres.

Como si esto fuera poco, el ritmo de su vida cotidiana se alteró. Ese tiempo escolar, que regula la dinámica de las familias y de la niñez, de pronto fue interrumpido con un nuevo ritmo de vida. El ritual de ir a la escuela, encontrarse con compañeros y amigos, las dinámicas de las clases, los recreos hasta el trayecto desde y hasta la casa dejó de formar parte de la rutina. La escuela “entró” a las casas con un programa educativo virtual que declaró la *continuidad pedagógica* desplegando una forma particular de entender lo escolar. Sin embargo, la diversidad de la realidad se impuso, como siempre lo hizo en la escuela. La posibilidad de encontrar el refugio en el hogar, de jugar, estar cuidados y aprender a partir del acceso a Internet es un privilegio al que no todas las infancias pueden acceder. De pronto, gran parte de la sociedad pudo darse cuenta de esas múltiples realidades. Solo un sector privilegiado de esa niñez accede a los derechos del cuidado, el juego y de aprender. Pero, están las otras infancias, las de muchas/os/es niñas/os/es que han quedado a cargo del cuidado y atención de sus casas; las infancias de los sectores populares que siguen necesitando de los comedores barriales para cubrir mínimamente sus necesidades alimentarias y no moran en confortables casas donde poder cuidarse. Y, aún más, incluso aquellas que aparentemente tienen la posibilidad de seguir aprendiendo porque acceden a internet, mantienen y amplían sus vínculos con las redes

sociales quedan también expuestas a las violencias sexuales virtuales, tal como queda explícito en los debates de la Ley *Grooming* y los discursos de las ONG que instan a las familias a estar atentas con el acceso y uso de esas redes de adolescentes y niños. De pronto, gran parte de la sociedad pudo advertir la marcada diversidad del universo escolar que los y las docentes conocen bien. Esos mismos docentes, a quienes se cuestiona y responsabiliza por el fracaso escolar, conocen perfectamente esa situación que, cuando la denuncian o se manifiestan al respecto, corren el riesgo que sea entendida como expresión de su actitud militante.

La pandemia nos atraviesa en nuestros cuerpos y emociones. Genera pánico, miedos, inseguridad, angustia, disgusto, desagrado, exasperación, fastidio. Agudiza conflictos interpersonales y sociales. Cambia el ritmo de la economía y genera desocupación. Paraliza al mundo y desestabiliza gobiernos. Sentimientos de vulnerabilidad y de peligro recorren nuestra subjetividad. La pandemia, democratizadora que no diferencia edades, condición social y sexo-genérica, con sus efectos sociales y económicos, profundiza desigualdades y fragmentación social. Como siempre, la niñez se lleva la peor parte de esa desigualdad.

La población adulta, más allá de esas desigualdades, puede manifestarse, pronunciarse, expresar sus estados de ánimo. La niñez no contó con ese espacio para que, en el acto del habla, pueda ser escuchada. El filósofo italiano Giorgio Agamben (2001), mucho antes de fijar su postura más que controversial respecto de la covid-19 como retoma Echeverría en el epílogo de esta compilación, entiende la (in)fancia del hombre como mutismo, pero no como mudez que, en el hombre, precedería al lenguaje, una incapacidad de hablar que sería poco a poco abandonada para entrar en el lenguaje, sino como un mutismo que coexiste originariamente con el lenguaje. “Lo infante es en realidad infancia” (Agamben, 2001, p. 182). La infancia calla pero es ella misma exposición. La infancia calla en sus gestos. Es evidente que nada resulta más arrogante que querer ponerse en “su” lugar. Nada más pretencioso que tratar de comprenderlo desde

su interior y decir, con nuestras palabras de adulto/a, lo que es el universo de la niñez. Nada más presuntuoso pero ha sido así, más allá de su reconocimiento y empoderamiento cuando se proclamó a la niñez sujeto de derechos en la Convención Internacional del Niño de 1989. Esta pandemia hizo que, para muchas de nuestras niñeces, las distancias entre sus derechos adquiridos y esta realidad sea dolorosamente cada vez más infranqueable.

Sin embargo, ese adulto-centrismo que decide por ella, que habla por ella la ha colocado –a lo largo del siglo xx y de lo que va del presente siglo– en el centro de preocupación, de observación y de atención con el objeto de preservarla. No siempre se ha conseguido, pero ha sido la meta de muchas de las políticas públicas. El infortunio de las infancias interpela a las sociedades y a los gobiernos. Queda en el centro del debate político e ideológico cuando las cifras de analfabetismo, mortalidad y morbilidad infantil, de ingreso al mercado laboral clandestino o los datos de la pobreza, entre tantos otros, dan cuenta de su postergación.

Su presencia puede incomodar, si pasa esa delicada línea de ser una infancia “en riesgo” a ser considerada “peligrosa”. De la conmiseración, la compasión que da la niñez carenciada que mueve y ha movido a lo largo del tiempo a acciones solidarias, filantrópicas y caritativas (de Paz Trueba, 2019). Solo pensemos a modo de ejemplo que de las jornadas televisivas de un “Sol para los chicos” que nos inquietan con dolorosas imágenes o las campañas de Cáritas, se puede pasar a la condena y criminalización de esa niñez que pone en jaque el modelo angelical e inocente que se ha construido, desafiando a la autoridad, buscando su libertad en las calles, participando de acciones violentas y delictivas o buscando la “salida” a través del consumo del paco. Poco nos interpelamos como sociedad qué hemos hecho como adultos/as/es al empujar a situaciones trágicas y dolorosas a quienes no tienen margen para elegir. La responsabilidad colectiva rápidamente se individualiza, se focaliza en las familias disfuncionales, pobres y marginales que, tal parece, promueven la caída al infortunio de su prole.

Las infancias, al tiempo que conmueven, preocupan, pueden incomodar y alterar la idea del orden y la seguridad. Ese abanico encontrado de sentimientos revela la urgencia de diseñar o, en su defecto, rever las políticas públicas que la salvaguarden.

Si volvemos la mirada al pasado y revisamos esos contextos donde la humanidad fue sacudida por las trágicas experiencias de enfermedades y epidemias, en las que muchas veces la más afectada era la población infantil, se puede dar cuenta de la capacidad de reacción de las dirigencias políticas, intelectuales y profesionales que buscaron promover estrategias de acción a los efectos de prevenir y salvaguardar a esa niñez. Precisamente eso ocurrió en la Argentina de fines del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX. El cuerpo de los niños fue objeto de intervención, de una atención específica donde el discurso médico y educativo compartieron el propósito de rescatarla de los posibles riesgos a la que estaban expuestos aquellos que no tenían la debida atención y cuidado de sus padres.

La niñez en el centro de la alianza médico-pedagógica

[...] Nuestro cuerpo, la ropa interior y externa, las habitaciones en que vivimos, aquellas en que comemos, deben estar siempre limpias y ventiladas a fin de que el aire se renueve en ellas. El baño frío, tomado al levantarse, especialmente de lluvia (ducha fría), es muy sano. El aseo da vigor y fuerzas. Gran parte de nuestras enfermedades provienen de exceso de comer, ya por la mala calidad, ya por la cantidad de lo que se come. Debemos tomar aquello que sea necesario para vivir, y nada más que eso. [...] por medio del aseo conservamos la limpieza, por la sobriedad damos a nuestro cuerpo lo que necesita para vivir, y por medio de la gimnasia desarrollamos los órganos del cuerpo que necesitamos conservar. [...] siempre que faltamos a uno de esos deberes obramos mal [...] tenemos deberes que cumplir para con nuestra familia, para nuestros amigos y para la sociedad.

(Ferrer Guardia, Francisco (1889). *La Escuela Moderna*, p. 17).

La confluencia entre medicina, higiene y escuela era inevitable (Di Liscia y Salto, 2004). El Consejo Nacional de Educación [CNE], permeable al mandato de los higienistas, generó un espacio a los médicos para que asesoran en los planes de estudio, brindaran conferencias, divulgaran sus conocimientos en libros y artículos publicados en su órgano de difusión *El Monitor de la Educación Común* [MEC]. De hecho en 1888, se constituyó en forma definitiva un cuerpo médico que supervisaba estas tareas dentro del Consejo. La figura del médico se convirtió en una presencia cotidiana en algunos de los establecimientos escolares de las zonas urbanas más desarrolladas. La vigilancia de las normas higiénicas institucionales y el control de la salud del personal docente y los/las escolares fueron tareas de las que se ocupó el “sacerdote de la ciencia”. Su presencia estuvo estrechamente relacionada con la epidemia de cólera que se produjo en Buenos Aires en 1886, que promovió un mayor control sanitario y una campaña de vacunación que procuró ser más eficaz en las escuelas, a pesar de los temores y resistencias de padres –incluso de algunos maestros y maestras–. De hecho, estas campañas de vacunación fueron realizadas, frente a estas resistencias, de modo compulsivo en épocas de epidemias.

Si el esfuerzo de los higienistas se orientó, en un primer momento, al saneamiento de las ciudades y de las viviendas, el edificio escolar no dejó de ser sigilosamente pensado por los proyectistas. Tal como se suponía, las escuelas tendrían que ser espacios donde se previniera el *surmenage*, se corrigieran las malas posturas, contando con un adecuado mobiliario que evitara la *escoliosis* y se dispusiera de una luz natural adecuada para prevenir las *miopías*. El buen estado sanitario comenzaba con las condiciones edilicias óptimas. Este fue un tema de atención recurrente, teniendo en cuenta que muchos de los establecimientos no eran los “verdaderos templos” de la educación. El tiempo mostró que, lejos estuvieron las escuelas a lo largo y ancho de la república, de ser esos “palacios educativos”.

Las escuelas ranchos, los edificios improvisados fueron la denuncia constante por parte de los inspectores y no solo de geografías alejadas, sino de centros urbanos como la propia Ciudad de Buenos Aires.



Foto 1: Foto de escolares y maestros.

Fuente: Palabras claves en la historia de la educación argentina.
Biblioteca Clacso.

Más allá de esa realidad incontrastable, se aspiraba a que la escuela fuera el espacio social en el que pudiera implementarse una atención médico-higiénica sobre la infancia, incluso como una forma de llegar a través de sus hijo/as a la familia. Por otro parte, a través de la escuela se preveía llegar las familias. Eran los inicios de esa singular y estrecha relación entre la medicalización de la infancia y su alianza conveniente con la escolarización. Se tenía la clara convicción que era el espacio privilegiado para la inculcación de principios y la adquisición de hábitos higiénicos, para la realización de actividades gimnásticas y ejercicios corporales –claramente diferenciada para niños y niñas, que fortalecieran sus cuerpos y que contribuyeran a mejorar su salud– (Aisenstein y Scharagrodsky. 2006; Lionetti, 2007).

Se puede comprender la relevancia que tenía para autoridades, médicos y docentes poder transmitir este credo higiénico atendiendo que, hasta el siglo XIX, acciones tan cotidianas como mantener la higiene corporal, de las viviendas y de las calles eran prácticas poco habituales. Baste recordar lo mucho que iba a lidiarse –después de

epidemias y enfermedades— para poder erradicar mitos como que bañarse no era bueno para la salud. Que hubiera agua limpia y potable y que se extendieran las redes cloacales. Se encuentran testimonios que narran, en la segunda mitad del siglo XIX, cómo se llenaba la tina y con la misma agua se bañaba toda la familia. Solo hay que imaginarse lo que sería el agua con el último integrante de la familia que se higienizaba y, seguramente, podía ser el integrante más chico. Esto explica la gravedad de las enfermedades gastrointestinales o las parasitosis que afectaron a las poblaciones durante décadas (Cowen, 2017). Aquel cuadro de situación explica el denodado esfuerzo y la intromisión de las autoridades en los domicilios particulares tratando de promover nuevos hábitos y pautas higiénicas, detectando los focos de contaminación, que llevó a no pocos conflictos con los vecinos (Pitta, 2006; 2016). Un esfuerzo que venía gestándose, como afirma Masan en la presente compilación, desde mediados del siglo XIX, tras los apremios que se habían vivido con las epidemias de cólera y fiebre amarilla. La emergencia de esa nueva sensibilidad que venía gestándose desde fines del siglo XVIII que valoraba la higiene y la limpieza como la manifestación palmaria del espíritu civilizado y deploraba la suciedad, el hedor y la fetidez alcanzó una singular presencia a fines del siglo XIX.

Cuando la construcción de obras de salubridad bajó el nivel de contagio de las epidemias y acarreó una disminución en la mortalidad por cólera, fiebre amarilla, fiebre tifoidea, entre otras, los higienistas pusieron el foco en la pobreza y en la necesidad de asistir a través de instituciones públicas y acciones de los particulares. Mientras en las décadas de 1870 y 1880, los higienistas impulsaron la construcción de redes cloacales y de agua potable, en la de 1920, toda la prédica se enfocó en la creación de lugares para asistencia, prevención y moralización que buscaban contener los desajustes traídos por el progreso modernizador (Armus, 2000). Recién en las últimas décadas del siglo XIX, se comenzó a tener en cuenta lo que en nuestros días conocemos como los “microorganismos patógenos”, siguiendo los trabajos de Louis Pasteur y Joseph Lister. Era el co-

mienzo del paradigma microbiano, que cambiaría diametralmente la manera en que la medicina y la sociedad conciben la enfermedad.

En el marco de esos cambios científicos la enfermedad quedó asociada a lo social. En este contexto, la medicina higienista apeló a nuevas estrategias y recetas de acción. La manera de entender la salud que estos médicos propulsaron se distanciaba de las medidas de cuarentena y el aislamiento de fines del siglo XIX, en tanto parecía que las epidemias infectocontagiosas habían quedado atrás. Y si bien en algún sentido la ansiedad reaparecía en ocasiones como en el caso de la gripe española, en general, se asentaba la idea de que haciendo las cosas de cierto modo, se podía estar sano, entendiendo la salud como algo integral.

Fueron tiempos en los que se entendió que la salud física, psicológica y social de la población necesitaba –ineludiblemente– de alguna intervención por parte del Estado, con el apoyo de los esfuerzos de instituciones particulares. Aparece una idea de “salud pública” preventiva, que incorpora a las estrategias educativas, los novedosos aportes de la medicina, la eugenesia y la puericultura, junto con otras disciplinas como la pediatría, la psicología infantil y la criminología. Esos saberes contribuyeron, con su intervención, al moderno proceso de construcción simbólica del cuerpo de la infancia, al considerar su supuesta debilidad y maleabilidad.

La intervención sobre el cuerpo de la niñez era un modo de sanear el cuerpo de la sociedad en su conjunto. Es que la Argentina de principios de siglo devino en un escenario social incómodo. Según la feliz expresión de Oscar Terán (1987), la “estática del orden” y la “dinámica del progreso” no siempre podían convivir. La creencia en el progreso sin límites que había abrazado la elite tuvo sus primeros quiebres a comienzos de siglo. El crecimiento económico y la diversificación social habían mostrado su cara menos amable. Los problemas asociados a la llamada “cuestión social”, propios de las sociedades occidentales rápidamente urbanizadas, provocaron malestar e incertidumbre y promovieron las acciones de los llamados “reformadores sociales” (Zimmermann, 1992). Al denunciado

aumento de la delincuencia, la prostitución, la marginalidad y la pobreza, se sumaban los problemas de vivienda y hacinamiento. Más tarde, otra preocupación caló profundo en la conciencia de aquella elite dirigente. La presencia de una inmigración, que no había sido la deseada, y que arribaba al país trayendo ideas anarquistas y socialistas, fue percibida como una amenaza a la integridad nacional y a sus raíces criollas. Aquellos serían los síntomas de un desorden social que tenía evidentes contenidos morales.

Producto de ese clima de incertidumbre, los publicistas se inspiraron en las nuevas propuestas de sociología positivista, la historia y la psicología social. Desplazaron su atención del individuo a los fenómenos colectivos. Interesaba diagnosticar y conocer las formas de comportamiento de la multitud y, acorde con la medicalización del momento, se concluyó con una drástica sentencia: el organismo social estaba enfermo. De allí que se habló de la preservación del cuerpo social como un todo, más allá de la simple suma del bienestar de cada integrante individual. Las nociones de higiene y profilaxis se constituyeron en los pilares de esa intervención médica. La noción de higiene se asociaba al mejoramiento de las condiciones ambientales para evitar o minimizar la aparición de enfermedades o anomalías en la sociedad presente, y la de profilaxis, vinculada al movimiento eugenésico, aludía a las intervenciones que buscaban, a través de medios selectivos, desterrar en el presente los elementos perniciosos para la sociedad futura. Bajo ese pretexto se insistía en el valor del diagnóstico precoz y en la necesidad de intervención del Estado.

Por un lado, para el paradigma eugenésico, la sociedad era vista como un organismo y los conflictos sociales entendidos en términos de patologías, de enfermedades infecciosas y contagiosas. Por otra parte, entendía la “peligrosidad” no solo como la peligrosidad del delincuente y del delito legal, sino como la del “delito natural” contra la especie al poder ser un factor de la propagación de la anormalidad, de la degeneración. En ese caso, y más allá de las diferentes posiciones y de las contradicciones en sus articulaciones teóricas, la

eugenesia devenía –en el caso de Argentina– en preventiva (Miranda y Vallejo, 2005). Los proyectos eugenésicos apuntaron a la modificación de componentes del medio (vivienda, trabajo, tiempo libre) considerados degenerativos. Se buscaba luchar contra *los llamados “venenos raciales”: la sífilis, la tuberculosis y el alcoholismo*, y mejorar las condiciones de trabajo, proteger la procreación, la maternidad y la infancia. Para los considerados irrecuperables (algunos tipos de locos, de criminales u otros anormales) se proponía el aislamiento y la segregación sexual, para evitar el contagio y la procreación.

Las diferencias de clases o grupos sociales, interpretadas como diferencias entre razas inferiores y superiores, promovieron acciones tendientes al “mejoramiento de la raza”, en esa agenda política y médica bajo el paraguas de medidas preventivas y profilácticas. Esta idea de “degeneración racial” puso en el centro el papel determinante de la herencia y el problema de cuánto era posible esperar de la influencia ambiental. La herencia de carácter orgánico y la herencia psicológica, aun con los factores nuevos introducidos por las “modificaciones adquiridas”, exigían al menos el tiempo necesario, prolongado, de las generaciones para mostrar sus cambios. La acentuación de los aspectos hereditarios se manifestó en perspectivas más pesimistas de interpretación ensayística de la historia, basadas fundamentalmente en una psicología social no académica. José María Ramos Mejía, autor y posterior presidente del CNE en 1910, de su reconocida obra *Las multitudes argentinas* (1889), sugirió –en contra de la tesis de la degeneración hereditaria– la posibilidad de una recuperación gradual de los pueblos en la medida en que se modificaran las condiciones de existencia. De allí su estrategia de intervenir en ámbitos como el educativo. Pero otros médicos radicalizaron esa óptica, difundiendo y defendiendo una visión selectiva y excluyente. Detrás de esos fundamentos “científicos”, se traslucían las concepciones políticas encontradas. El común denominador de esos eugenistas fue su acción a favor de la intervención del Estado para que sancionara leyes y sostuviera instituciones que pudieran contribuir a la generación de una “conciencia eugénica” como un proceso de

subjetivación que fomentara el cambio en las formas de pensar y sentir. Ese autodisciplinamiento individual debería llevarse a cabo a través de una educación popular en escuelas y hospitales, pero también a través de la prensa, de conferencias, de folletos, de carteles.

Esa sociedad en *des-orden* reclamaba la acción de la escuela como centro de esas biopolíticas con el objetivo de gobernar los procesos vitales como: el nacimiento, la muerte, la reproducción y la enfermedad. Le tocaba difundir el nuevo credo de la pedagogía corporal. Sin embargo, no todo fue acuerdo. Esa voluntad de administración de los cuerpos fue objeto de intensos debates y disputas no solo dentro del campo pedagógico sino con otros campos disciplinares. Una voluntad de control que, como ya ha sido dicho, dista mucho de llevarse verticalmente y efectivamente a la práctica (Di Liscia y Bohoslavski, 2006). El tema de esas distancias en el caso de lo escolar, excede claramente el propósito de este escrito.

La tarea que había que emprender aparecía como ciclópea y monumental: moralizar los cuerpos de los escolares a los efectos de sanear el cuerpo de la nación. Como ha sugerido Le Breton (2002), las representaciones del cuerpo y los saberes acerca del mismo son tributarios de un estado social, de una visión del mundo y, dentro de esta última, de una definición de la persona. El cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí mismo, no solamente es una forma biológica y/o natural sino que además de ello es una construcción cultural y las ideas y concepciones acerca del mismo, son construcciones históricas relacionadas con una organización social y económica. La concepción que se admite con mayor frecuencia en las sociedades occidentales encuentra su formulación en la anatomofisiología, es decir, en el saber que proviene de la biología y de la medicina. Desde ese lugar, el cuerpo de los niños y niñas aparecía como un cuerpo pasible de corrección, de ajuste y encauzamiento. El gesto pedagógico revela la premisa del potencial de la educación como rectificadora de aquello que se ha desviado.

El cuerpo de los niños débiles, escrutado, intervenido

La salud, la robustez, la belleza, las aptitudes, el bienestar de la raza, están relacionados con la talla, peso, diámetros craneanos, fuerza, higiene, capacidad vital, color y formas; el sexo y las edades plantean los, problemas del crecimiento, de las crisis y de la educación; éstos, los de los alimento y del ejercicio, cuyos efectos se estudian en su mayor parte sobre las medidas físicas tomadas durante el período maleable del ser humano, es decir, durante la infancia y la adolescencia o la vida escolar. Observar el crecimiento es, como dice Apert, estudiar el vigor de la raza.

(Mercante, Víctor (1927). *La Paidología. Estudio del alumnos*, p. 60).

Desde que se consagró la “escuela abierta para todos los niños de la república”, con la sanción de la Ley 1420 de Educación común, gratuita y gradual para la Capital Federal y Territorios Nacionales, se planteó una exclusión. Quienes quedaban fuera de ese “universo” escolar eran menores portadores de otras experiencias estigmatizadoras que pasaban por el encierro y la circulación por distintas instituciones punitivas. Considerados peligrosos o en peligro, compartían un delito en común: eran pobres por pertenecer a determinado tipo de familias, por haber trasgredido las normas de conducta o por cometer delitos menores, culminando en la sanción de la Ley de Patronato de Menores de 1919 que recorrió todo el siglo xx y que quedara sin efecto con la sanción de la Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes en el año 2005 (Zapiola, 2019).

Desde fines del siglo xix y primeras décadas del xx proliferaron discursos provenientes de la medicina, la pedagogía y la criminología con los efectos de generar estrategias de intervención sobre esos menores. Fue un período bisagra de nuestra historia porque, la idea de la niñez escolarizada tuvo una otredad: la de los “pobres”, “abandonados”, “vagos”, “delincuentes”, “huérfanos” y “viciosos”. Eran quienes quedaban fuera del circuito familia–escuela–trabajo. El debate que se planteaba era qué hacer con ellos. Las formas tra-

dicionales que hundían sus raíces a los tiempos de la colonia de la tutela y la punición –anclada en la beneficencia pública y privada– ya no parecían acordes ante la emergencia de esa realidad social. Se recuperaron distintas acciones orientadas en dos direcciones: la sanción de una ley de Patronato que posibilitara que el Estado se convirtiera en tutor de todos aquellos menores material o moralmente abandonados y/o delincuentes –lo cual implicaba que los padres perdieran patria potestad– y la creación de escuelas de reforma en las que muchos de esos niños terminaron por cumplir la profecía de ser “menores” al quedar atrapados en el entramado jurídico-institucional ideado para todos aquellos que no cumplían con el requisito de “normalidad”.

Pero esa línea divisoria, supuestamente nítida desde los discursos, se hizo lábil y fácilmente confusa cuando se contrastó con la realidad escolar. Allí se detectó que ese universo supuestamente homogéneo de niños y niñas escolarizados, contenidos en el espacio familiar, se revelaba diverso por sus procedencias sociales, étnicas, espaciales y por sus ritmos de aprendizaje. Se habló de retraso pedagógico asociado a la condición social y ambiental que lo determinaba, por lo que era imperioso estudiar minuciosamente a esa población escolar.

Fue bajo esas circunstancias que, en el período de 1900 a 1940 se fue asentando una visión moderna de la infancia de la mano de nuevos saberes, tales como la paidología –ciencia del niño–, la pediatría y la puericultura, para los que esta etapa era de la mayor importancia en la vida del ser humano. Todos los saberes sobre el hombre, en realidad, desarrollaban ramas que se especializaban en la infancia; entre otros, la medicina y la higiene infantil, la psicología del niño, la criminología infantil y la antropometría infantil. Y se convirtió así en objeto de investigación científica y de intervención social. El niño en la escuela fue observado, medido, examinado, clasificado, seleccionado, vigorizado, medicalizado, moralizado y protegido por métodos “naturales” de enseñanza y por ambientes formativos propicios para revertir las taras hereditarias. La infancia se convirtió en

objeto privilegiado de todos los proyectos de transformación biológica, social, económica y política de la población. En la infancia se conjugaban las mayores esperanzas e ilusiones de progreso y bienestar colectivo pero también profundos temores si las políticas públicas no conseguían recuperar a esa niñez desvalida.

Una niñez desvalida, de origen inmigrante o hijos de inmigrantes, que habitaba en espacios urbanos patógenos, como en el caso de la ciudad de Buenos Aires, devenía en altamente peligrosa. Para entonces, el trabajo infantil se encontraba en expansión y competía con la escolaridad. Juan Suriano (1990) afirma que trabajo y escolaridad eran casi incompatibles debido al tiempo que insumía cualquier empleo, pocas veces inferior a ocho horas diarias de labor. Largas y pesadas jornadas de trabajo, mala alimentación y precarias viviendas, sumadas a las condiciones poco salubres de las barriadas populares a las que seguramente muchos de ellos pertenecían, explican de alguna manera la expansión de ciertas enfermedades entre estos sectores que resultaron más vulnerables que otros. Porque los niños de clase media y alta también enfermaban de tuberculosis, pero eran los pobres los que estaban más propensos a contraerla y por ende menos preparados para combatirla (Álvarez, 2010).

Asimismo, a pesar de que para el período estudiado se pusieron en marcha una serie de dispositivos institucionales destinados al cuidado de la primera infancia (Colángelo, 2020), las muertes de niños menores de cinco años seguían siendo altas. Para 1900, constituían el 44 % de las defunciones generales, de las cuales las diarreas y enteritis fueron crecientes hasta 1914, momento en el que comenzó una notoria pendiente negativa. En ese descenso jugaron un papel muy importante las obras de infraestructura, la aparición de hospitales y la vacunación como el caso de la viruela. Sin embargo, la tuberculosis, seguía siendo una enfermedad que revelaba la poca eficacia de las intervenciones médico-clínicas o incluso las de salud pública que convivieron con medidas que a pesar de beneficiosas, como la vacuna BCG, el retiro de bebés de madres enfermas, etc., no revertían la situación (Armus, 2000; Álvarez, 2010).

Los temores y sobresaltos no solo contemplaban a esa niñez trabajadora. También preocupaba la niñez que no estaba contenida ni en sus hogares, ni en la escuela o en el trabajo. Esa niñez desviada que vivía hacinada en los conventillos pero que transitaba provocadoramente las calles con trabajos ocasionales, como canillitas, los que jugaban bulliciosa e irreverentemente alterando el orden público, los que trasgredían las normas y contravenciones hasta los que remontaban barriletes devinieron en objeto de atención. Con escasa o nula alfabetización (por la temprana deserción escolar), quedaban sujetos a la vigilancia y la actuación policial iniciando el sinuoso recorrido por el “archipiélago judicial” en su condición de “menores” (Freidenraj, 2020).



Niños jugando en las calles.
Fuente: Blogspot *Todos a bordo*.

Claro está, también estaban aquellos que se “hacían la rata” y trasgredían el comportamiento esperable de un buen escolar, lo que hacía suponer una suerte de desidia en la vigilancia de los padres.



Niño fumando, una alerta temprana de ese discurso escolar (circa, 1938).
Fuente: AGN.

Por eso la inspección médica escolar no podía reducirse a la detección de una cantidad de enfermedades contagiosas, sino a una estricta “vigilancia” de lo que acontecía en sus hogares, puesto que:

[...] la conveniencia del cuidado del cuerpo que se observa por los frecuentes reconocimientos de los ojos, orejas, dientes, garganta, piel y peso, así como otros hechos sobre higiene aprendidos en las aulas, son divulgados por los alumnos entre sus familias. La enfermera de la escuela, en sus visitas domiciliarias, divulga constantemente informes sobre la salud y eleva el nivel del estado sanitario doméstico. (MEC, 1917, p. 168).

Tal parecía que la tarea de rescatar a los “pequeños patriotas”, caídos en la desgracia era urgente. El cruce de emociones, entre la conmiseración, el rechazo, la condena, el desprecio se entremezclaban en los discursos de esos reformadores sociales. Sentimientos encontrados, temor, incertidumbre, sorpresa frente a este escenario de una niñez que no era la esperada, aquella sobre la que se edifica-

ría esa sociedad civilizada donde el orden de la república quedara garantizado. Había que observar cuidadosamente para diagnosticar e intervenir correctamente. El aula devenía en un laboratorio de observación del comportamiento de la niñez. Cada niño/a debía ser estudiado por esa mirada médico-pedagógica. Un exponente claro de los estudios antropométricos fue el citado Víctor Mercante quien transformó al espacio escolar en su lugar de experimentación, al promover un nuevo saber científico al que denominó *Paidología*. Aquella era la ciencia que acompañaría la evolución natural de los casos “normales” formulando las instancias correctivas para los casos de “anormalidad”. La normalidad implicaba condiciones físicas, intelectuales y morales “regulares”, por eso, la educación para los “anormales” debería ser enmendativa (sic) apelando a los métodos para corregir y luego formar nuevos hábitos. Con la pedagogía experimental supuestamente se llegaría a conocer matemáticamente a los alumnos, disponiendo de cuadros y diagramas, analizando aptitudes y estado de preparación de un curso, sus sentimientos, la adecuación de un método, la velocidad de asimilación de los conocimientos, etc. (Mercante, 1926, p. 321).

El estudio de esas intervenciones quedó estrechamente relacionado al desarrollo de la psicometría y los tests mentales. Pero también en el aula se detectaban los *problemas de indisciplina*, que fueron asociados a patologías diferentes que afectaban el carácter y los afectos. La *delincuencia infantil y juvenil* era vista como producto de este mismo tipo de patología. El/la niño/a indisciplinado/a y el/la niño/a delincuente sería portador/a de patologías porque su conducta se desviaba de la norma de adaptación, en el ambiente escolar en un caso y en el ámbito social y de las leyes jurídicas, en el otro. De modo que la historia de la educación, la historia de la delincuencia y la criminología, como la historia de las psicoterapias y el psicoanálisis en la Argentina quedaron asociadas (Borinski y Talack, 2005). La preocupación se centró en diferenciar adecuadamente a los *falsos retrasados o retardados pedagógicos* (anormalidad leve) de los *verdaderos*—también llamados anormales severos no recuperables—. Esto

supuso promover la producción de conocimiento específico para la identificación de las causas de esos retrasos pero también, y fundamentalmente, para intervenir adecuadamente según los criterios de normalización presentes en la sociedad. Sobre la lógica del déficit, en base al supuesto de un “retardo del desarrollo”, se postularon diferentes grados de retardo y en función de esos grados se definía el tipo de intervención que, en algunos casos, era *psicopedagógica* y se llevaba a cabo en la escuela o en instituciones educativas especiales y, en otros casos, era médico–pedagógica y se desarrollaba en el hospicio o en ámbitos específicos asociados al dispositivo asilar. Con los años, el modelo del psicoanálisis provocaría un quiebre epistemológico al colocar la noción de conflicto afectivo en primer lugar, y establecer así un reordenamiento de las variables en juego. Los problemas de aprendizaje y los de indisciplina dejaron de ser problemas en sí mismos para convertirse en “síntomas” de un desorden que se ubicaba en otro lugar, ya no en la esfera intelectual ni en el de la conducta, sino en un terreno más “profundo” que determinaba tanto el aprendizaje como el comportamiento. Los fracasos de muchos niños hicieron pensar en defectos congénitos, no solamente en la acción negativa del ambiente. Así, el ambientalismo considerado como único causante del déficit intelectual cedió el paso ante los aportes de la psiquiatría. Si se trataba de factores internos era imprescindible el diagnóstico precoz para el tratamiento oportuno.

Dentro de esa “anormalidad leve” estaba esa “niñez débil” a la que debía atenderse para recuperarla. Esos cuerpos débiles (un constructo social que retoma Echeverría cuando presenta en esta compilación a quienes fueron víctimas de la poliomielitis o de una enfermedad aún más estigmatizante como el VIH–sida) podían corromperse porque habían sido privados en la escuela de la benéfica acción del sol y del aire, tan tonificante y útil en el organismo. El ámbito escolar que alojaba a esa multitud de niños –muchos ya inclinados al cretinismo al decir de Mercante– devenía en un ambiente viciado. Es significativo advertir ese desplazamiento en torno a la consideración respecto de las instituciones que “encierran” a la niñez. Si la

escuela y los asilos fueron considerados como aquellas instituciones que salvaguardaban a la niñez del riesgo de lo público en tiempos de la modernidad (Ariès, 1987), en aquel contexto el aula poblada por la multitud escolar devino en un ambiente patógeno.

En consonancia con la temprana renovación pedagógica y las primeras producciones de la corriente escolanovista, no solo se cuestionó la enseñanza enciclopédica que promovía supuestamente la tradición del normalismo de escasos contenidos prácticos –algo que merece ser revisado ciertamente– sino a las escuelas que viciaban el ambiente con sus aulas pobladas por esas multitudes escolares. Así fue que, en conformidad con el esfuerzo regenerador de la eugenesia y ese principio de construir una “raza argentina” fuerte y sana y las nuevas nociones de la puericultura, se difundió cada vez más entre los pedagogos –tanto en aquellos que fueron tildados como normalistas positivistas como los supuestos renovadores– la idea de que la enseñanza mejoraba sensiblemente si se la alternaba con el contacto con la naturaleza brindándole un carácter más práctico. Tal como ese credo científico sostenía, el niño venía al mundo como un organismo robusto o débil, según hubiera sido la salud de sus antecesores, de allí que

[...] como la humanidad, las enfermedades dejan su sello indeleble que se transmite de generación en generación, resulta que la inmensa mayoría de la humanidad tenemos que sobrellevar el peso de esta herencia que se exterioriza en nuestra constitución física y en nuestras aptitudes psíquicas [...] de allí que debemos aprovechar todos los medios que nos brinda la naturaleza en el período escolar o educativo, que es también el del desarrollo y el crecimiento del organismo. El sistema moderno de educar gracias al conocimiento que brinda la ciencia permite conocer de las bondades de la naturaleza para fortalecer a la niñez. El niño débil no ha sido hasta hoy contemplado en primera línea por las altas autoridades educativas. (MEC, 1919, p. 47).

Tal como se continuaba explicando, los niños débiles procederían de dos grandes grupos. Un primer grupo encontraba el origen

de su debilidad o enfermedad en la herencia. Se referían a los hijos de tuberculosos, de alcohólicos o de portadores de enfermedades de transmisión sexual –seguramente se hacía referencia a la sífilis–. Desde una sentencia moral, se decía que eran hijos de las “grandes calamidades que afligían a la humanidad”. En el segundo grupo, estarían comprometidos todos aquellos que poseían defectos físicos o psíquicos adquiridos después del nacimiento que les impedía el desarrollo completo de su organismo. Según ese saber médico, lo primero que se observaba en los niños era una alteración en el aparato linfático. Presentaban ganglios muy desarrollados en el cuello o en otras partes del organismo y sus amígdalas hipertrofiadas. Asimismo, se decía que podrían tener un desarrollo asimétrico del cráneo, del tórax y la sangre empobrecida en su riqueza globular que los hacía anémicos. Quedaban fuera de esa categoría de niños débiles aquellos que presentaban

[...] un defecto psíquico exclusivo, desde los atrasados hasta los que tienen una enfermedad bien determinada del sistema nervioso o una falta de capacidad mental que los coloca en el último grado de la escala humana. Esta clase de debilidades han sido englobadas bajo el rubro de anormales (MEC, 1919, p. 136).

Los niños considerados débiles podían presentar detalles como los que muestran las siguientes historias clínicas:

Antecedentes del niño: Argentino, habló al año, caminó a los dieciocho meses y dentó a los nueve meses. Criado con leche materna hasta los dos años. Tuvo sarampión a la edad de tres años, quedando después de esto muy débil y muy retardado. Sufre algo de los oídos. Es el último de siete hermanos. Antecedentes de los padres. La madre falleció a los cincuenta años raíz de una operación. El padre de origen italiano, de cincuenta y nueve años es y ha sido siempre muy sano, únicamente que fuma muchísimo y bebe algo más, estando por días algo descompuesto. Domicilio: La casa tiene seis piezas. Muy seca, jardín, agua corriente”. [...] Antecedentes del niño: aspecto general

regular. Tórax aplastado de adelante hacia atrás. Aparato respiratorio algo débil, aparato digestivo y circulatorio normal. Diagnóstico: Anemia. Estudio psicológico: A pesar de haber estado en la escuela es analfabeto. Es distraído, demuestra pocas aptitudes, conducta bastante deficiente, es muy desprolijo en sus deberes, le cuesta mucho aprender, no tiene memoria. Lenguaje deficiente, algo tartamudo.

[...]Antecedentes del niño: argentino, criado con leche materna hasta los quince meses. Dentó a los ocho meses, Habló hasta muy tarde, a los dos años. Ha tenido sarampión, resfríos muy seguidos, en los inviernos sufre mucho de los oídos y se les inflama los ganglios. Come y duerme bien. Es el tercero de los hermanos. Su madre es española, de cuarenta y tres años. Se dedica a los quehaceres domésticos. Antes de casarse ha tenido una bronquitis muy fuerte. Se queja de una puntada al lado izquierdo que no la dejaba respirar. Con frecuencia se pone ronca y se resfría. Tuvo tres hijos, dos varones y una mujer. El padre, español, de cuarenta y tres años, sufre de un catarro crónico, ha tenido pulmonía doble; es muy delicado; no bebe pero fuma. Domicilio: tiene dos piezas, ocupa una (MEC, 1918, p. 66).

Esos niños expuestos, solo vistiendo su ropa interior quedaban bajo la sigilosa y circumspecta mirada médica que los estigmatizaba. La condición de subalternidad, en tanto niños y pobres, los colocaba en ese lugar de ser observados por los adultos que detentaban un capital del conocimiento. Lo que sus cuerpos, vulnerables e indefensos, le comunicaban les permitía diagnosticar un estado general físico y psíquico. Fueron escrutados sin atender la reserva y la vergüenza que se les había inculcado respecto de preservar sus cuerpos. No se poseen relatos en primera persona que pueda aproximarnos a esas experiencias seguramente de temor y de vergüenza, tal como la que expone Silvana Gómez cuando recupera en esta compilación, la imagen de una niñita paraguaya expuesta en su desnudez y culpabilizada por ser portadora de una enfermedad en la Revista *Caras y Caretas*. Sobre la base de esas observaciones se decidía la suerte de quienes serían derivados a las colonias de vacaciones.

Amparadas en ese clima de ideas, surgieron esas escuelas y colonias destinadas para la niñez signada como débil. Respondía a ese criterio relativamente compartido de estos reformadores que eran necesarias la creación de escuelas especiales para aquellos niños atrasados, “dedicadas solo a aquellos individuos que se acercan al inferhombre y tendrá como objetivos finales de su educación la prevención contra los vicios, el crimen y la locura” (Ferro, 2010, p. 97).

Cabe consignar un detalle más que significativo: las primeras experiencias tempranas de colonias de internado fueron realizadas por asociaciones particulares como, la Asociación Colonias de Niños Débiles y Preventorios Infantiles, dependientes de la institución católica Escuelas y Patronatos, la que contaba con establecimientos de llanura, mar y montaña, para llevar a la niñez débil, convaleciente o pretuberculosa. Otra era la Colonia Eloísa Ponce de León de Ezpeleta, fundada en 1907, como preventorio infantil permanente para varones en Bella Vista, provincia de Buenos Aires. En 1908, se funda en Santos Lugares (provincia de Buenos Aires) la Colonia Santa María, preventorio infantil permanente para mujeres.

Durante la gestión de José Ramos Mejía se crearon dos escuelas de niños débiles en Buenos Aires. Fue una comisión presidida por el reconocido educador Ernesto Bavio la que estudió las características que deberían tener esas escuelas determinando el tipo de programas, horarios de clases, el régimen interno de la escuela, el tipo de alimentos que se darían a los escolares, los tipos de ejercicios físicos que deberían hacer, las horas de reposo y las actividades recreativas. Producto de ese estudio, se instalaron una en la zona del Parque Lezama y la escuela Nicanor Olivera en el Parque Avellaneda. Aquella experiencia habría permitido saber que:

La escuela del niño débil requiere, en primer término, una mayor dedicación de la maestra que debe extremar sus naturales condicio-

nes de docencia, y digo de la maestra, porque es la mujer^[21] y no el hombre la que debe tener a su cuidado en todos los momentos las naturalezas endebles y delicadas de los niños, es capaz de tener la paciencia, la perseverancia, y el cuidado que requiere la enseñanza de tanto niño atrasado y deficiente por su organismo mismo, incapaz de una atención prolongada y de una asimilación intelectual consiguiente (MEC, 1919, p. 89).

En la ciudad de Buenos Aires, la primera colonia de vacaciones fue creada por iniciativa del Municipio, el 14 de noviembre de 1919. De acuerdo a la ordenanza, se nombraron veinticinco maestros de cuarta categoría para atender, cada uno a cuarenta niños de la Colonia. La lacónica frase “vigorizar el cuerpo y el espíritu del juego” resumía el sentido de aquella colonia que funcionó en el Parque Avellaneda de la Capital Federal. En esa oportunidad la presidencia del Consejo Nacional de Educación envió al Inspector Técnico para que diera su informe sobre su desempeño. A partir de ese informe, se pudo saber que el predio contaba con unas 60 hectáreas de extensión donde había un chalet suizo blanco con tejas rojas en el que se alojaba el cuerpo directivo y administrativo, al que los niños solo veían ocasionalmente porque las tareas que se le imponían las cumplían al aire libre.

Fuera del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, hubo otras instituciones de este tipo como por ejemplo las que funcionaron en el territorio nacional de La Pampa, donde mostraron particularidades y diferencias de acuerdo al contexto (Di Liscia, 2005). Desde una perspectiva algo diferente, Gustavo Vallejos (2007) entiende estas colonias como parte del *corpus* con el que la biotipología de la época intervino en el cuerpo social para buscar una regeneración extraurbana, razón por la cual focaliza su estudio en la colonia de niños débiles de Necochea (provincia de Buenos Aires). En Río Ceballos –

²¹ Valga reflexionar cómo y de qué manera se reforzaba ese discurso de la maestra como la segunda madre, la cuidadora. En situaciones de pandemia se profundizó en ese discurso, como analizan y explican Ramaciotti y Testa en este libro.

Córdoba– se funda, en 1916, Centenario, colonia veraniega para varones. En 1924, y también para varones, se crea la colonia agrícola y veraniega Reynaldo Otero, en Pergamino (Buenos Aires). Ese mismo año se funda, en Quequén (Buenos Aires), la colonia Guerrico como veraniega para ambos sexos pero alojados por turnos. Por iniciativa del director general de Escuelas de Mendoza, sr. P. Antequeda, y en el marco de la reforma educativa para la provincia y su plan de edificación escolar, se proyecta, en 1915, la Colonia Nacional de Vacaciones para niños débiles y maestros desgastados, por construirse en Uspallata, entre otras (Bruno: 2015). Muchas de las actividades de los colonos han quedado documentadas por fotografías que muestran a grupos de niños con guardapolvos blancos, paseando por la rambla en Mar del Plata o descansando en la playa antes de tomar el baño; supervisados por maestros y enfermeras, realizando series de gimnasia calisténica, guiados por un profesor, o tomando baños de mar y de sol, de forma “metódica y científica”. Otras imágenes muestran niños en fila marchando por la sierra o jugando en plazas y parques, además de almuerzos en largas mesas en los comedores.





Sesión de helioterapia en unos de los patios. Para los niños que no pueden ir a la playa.

Fuente: *Fondo Sociedad de Beneficencia y Asistencia Social Sanatorio Marítimo*, legajo 99, 1927. *Archivo General de la Nación*.



Durante el baño en el mar, los niños son acompañados por un experto.

Fuente: *Fondo Sociedad de Beneficencia y Asistencia Social Sanatorio Marítimo*, legajo 99, 1927. *Archivo General de la Nación*.

Para el año 1930, las colonias de vacaciones fueron suprimidas del presupuesto por razones de orden económico y dejaron de funcionar, cerrándose así esta primera etapa en la que todas las colonias funcionaron en edificios escolares cedidos por la provincia con los problemas que esto conllevaba. Surgió entonces la necesidad de construir edificios apropiados para el funcionamiento de las colonias del Consejo, tal como lo había hecho la Municipalidad de Buenos Aires con la construcción de la colonia de Necochea. El restablecimiento de las partidas presupuestarias en 1935 y las construcciones apropiadas marcaron el inicio de una segunda etapa que se extendió en el territorio del país adquiriendo carácter nacional. Así se puede señalar, a modo de ejemplo, la construcción de una colonia en la ciudad de Tandil en una chacra propiedad del CNE, donde se atendió a unos treientos escolares. En la ciudad Mar del Plata, los empresarios del casino donaron dos manzanas –y con proyecto de la Dirección General de Arquitectura del CNE– se inicia en el balneario la construcción de una colonia con capacidad para quinientos niños que luego se ampliaría a mil. De igual modo, en Alta Gracia se creó una colonia en un terreno donado por el Dr. Nicolás Avellaneda y otra en la zona de Baradero.

Una mención especial merece la creación del Asilo Marítimo, dependiente de la Sociedad de Beneficencia que funcionó en Mar del Plata gracias al sugerente análisis de Adriana Álvarez. El asilo, tal como considera no solo fue impulsado por el clima médico de época, sino también por las necesidades que manifestaron otros establecimientos dependientes de la Sociedad que albergaban un universo de niños que, además de abandono, padecían de algunas enfermedades producto del contagio contraído en la misma Casa de Expósito. La posibilidad de hacer una “incursión” al interior de la institución, permitió mostrar que el contagio de la tuberculosis infantil, a pesar de recurrir al aislamiento, fue moneda corriente en un espacio como el de este asilo donde convivían niños sanos y enfermos. Ese supuesto ‘miedo al contagio’ –tal como afirma– era relativo puesto que eran constantes los pedidos para pasar estadias de niños o de niñas provenientes de otras instituciones benéficas de Buenos Aires que no eran tuberculosos. A su vez, a pesar de que existía por parte del discurso dominante una valoración negativa de las familias de donde provenían los pequeños, la mirada hacia el interior de esta institución permite mostrar que estos padres jugaban un papel significativo a la hora de poner límites al accionar de los médicos, de la Sociedad de Beneficencia y del Hospital. Esa visibilidad de los padres aporta un condimento aún no tenido en cuenta a la hora de contemplar la cuestión social de la infancia enferma y su institucionalización. Finalmente, muchos de esos ‘niños del Marítimo’, además de experimentar el contacto con la medicina profesional, con la buena alimentación y ropa limpia, tuvieron también la posibilidad de acceder al mundo de los juguetes por primera vez.

Ciertamente esta mirada la podemos complementar con el registro de algún testimonio recogido oportunamente por un adulto que había vivido la experiencia de ser un niño débil dentro de la mencionada Colonia de la ciudad de Tandil. Según supo recordar, allí se alimentaba bien, comía como no lo hacía en su casa y tenía la posibilidad de jugar y conocer las sierras. Otros habían tenido la oportunidad de conocer el mar. Aquella fue una vivencia que nunca

olvidó y que lejos estuvo de percibirla como la suerte que corrió por haber sido señalado, según el saber de un observador médico, como un “niño débil” con riesgo de caer en la *degeneración*.



Un grupo de niños débiles de la colonia de Vacaciones.

Fuente: *Fondo de la Sociedad de Beneficencia y Asistencia Social Sanatorio Marítimo*, legajo 99, 1927. *Archivo General de la Nación*.

Con el tiempo, esas colonias escolares reaparecieron, pero ya con las motivaciones propias del turismo social. Aquellas iniciativas respondían a otros paradigmas acerca de la niñez pobre y como parte de una política de justicia social del peronismo. Pero ese tema excede el propósito del presente escrito. Eran tiempos en los que el temor a la tuberculosis en el cuerpo de la niñez débil de las primeras décadas del siglo xx comenzará a ceder y una nueva epidemia acechará el cuerpo de la niñez. La poliomielitis con sus brotes en 1936, 1953 y 1956, una experiencia traumática para la niñez que la padeció y sobrevivieron como para sus familias, generó nuevas formas de intervención médica con la Nueva Pediatría (Rustoyburu, 2019) y políticas sanitarias que quedaron en el medio del enfrentamiento entre peronistas y antiperonistas, tal como explica muy oportunamente Olga Echeverría en otro capítulo de este libro.

Epílogo: Volver a la escuela

El reconocido normalista y pedagogo Pablo Pizzurno en oportunidad de brindar una conferencia pedagógica en 1912, comentó:

[...] la enseñanza se dará principalmente en las afueras de las ciudades, adonde irán diariamente los niños, gracias a especiales medios de transporte. [...] los niños tendrán con frecuencia por techo el cielo o las copas de los árboles. [...] los paisajes naturales, las corrientes cristalinas, el cantar de los pájaros, las flores por todas partes, formarán el ambiente de belleza y felicidad, propicio a la formación de buenos sentimientos. Cantarán y harán dibujos, ejercicios físicos en ese medio favorable y volverán por las tardes a sus casas más fuertes de cuerpo y de espíritu, llenos de alegría de vivir. Las escuelas para niños débiles apenas tendrán razón de ser, porque no seguiremos fabricando niños débiles en nuestros malos edificios de las ciudades. [...] la idea empieza a cundir, pruébalo el hecho de haber sido discutida en una reciente asamblea de educadores reunida en los Estados Unidos (MEC, 1912, p. 134).

Cuando el pedagogo habló hizo un guiño a una corriente de opinión pedagógica que se estaba gestando desde años atrás. Eran tiempos de una nueva renovación pedagógica. En Italia, María Montessori fijaba su posición respecto de una educación centrada en el interés del niño para fomentar su potencial de aprendizaje. En España, hacía su aparición la pedagogía impulsada por Francisco Giner de los Ríos y Joaquín Costa que llevó a la creación de la Institución Libre de Enseñanza.

Mientras ese impulso renovador planteaba la oportunidad de que la niñez escolarizada pudiera contactarse con la naturaleza y el aire libre, apareció en el mapa de las enfermedades que la humanidad padeció, la pandemia de 1918 –también conocida como gripe española–. Muchos de los escolares se retiraron a sus casas porque el dictado de las clases se suspendió. En otros casos, se ensayaron esas iniciativas de escuelas al aire libre. En el caso de Estados Unidos

se reportó que solo tres escuelas optaron por abrir a pesar de la crisis sanitaria y de la alta tasa de ausentismo debido a que los padres se negaron a mandar a sus hijos e hijas por temor al contagio. Las tres instituciones de Nueva York, Chicago y New Haven, –apoyadas por las decisiones de los funcionarios de salud– fundamentaron su decisión de continuar con el dictado de las clases en la idea de que los estudiantes estaban más seguros y en mejor condición dentro de las escuelas. “Para los estudiantes en los distritos de viviendas de alquiler, la escuela ofrecía un ambiente limpio y bien ventilado, donde los maestros, enfermeras y médicos ya practicaban –y documentaban– inspecciones médicas rutinarias y exhaustivas”, según se dice en el artículo de *Public Health Reports* (1997, pp. 198-206).



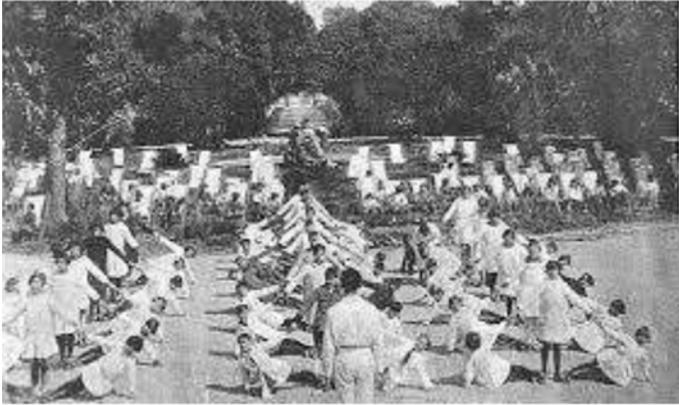
Fuente: Recuperado de <https://eduglobal.cl/retorno-a-clases-presenciales-lo-que-paso-en-la-pandemia-de-1918-cuando-alumnos-volvieron-a-las-escuelas/>

A los estudiantes no se les permitía reunirse fuera de la escuela y debían reportarse ante sus maestros de inmediato. Los profesores revisaban a cada escolar para detectar signos de gripe y quienes tenían síntomas eran aislados. Tal parecía que para las autoridades aquel era el mejor espacio para proteger a los escolares de esa terrible pandemia.

Sin embargo, fueron experiencias muy puntuales. La mayoría optó por un regreso a las escuelas al aire libre recuperando algunas experiencias anteriores realizadas en Alemania y Bélgica en 1904. Esa fue una iniciativa que oportunamente se difundió en los Congresos Internacionales de Tuberculosis (1905, 1906, 1908 y 1912) y en los Congresos de Higiene Escolar (1904, 1910, 1913). Pasada la pandemia, en 1922, se reunió el Primer Congreso Internacional de Escuelas al Aire Libre (París) con el objetivo de intentar unificar un movimiento internacional polisémico de esas experiencias que se advertían en plena expansión. En el caso de nuestra región, el médico uruguayo Américo Mola había propiciado una escuela de ese tipo y eso lo llevó a que fuera designado presidente del Comité Internacional de Escuelas al Aire Libre.



Fuente: Foto recuperada de:
<https://eduglobal.cl/retorno-a-clases-presenciales-lo-que-paso-en-la-pandemia-de-1918-cuando-alumnos-volvieron-a-las-escuelas/>



Escuela al aire libre, Montevideo–Uruguay

Aquella era la respuesta pedagógica a las críticas que surgían sobre las escuelas tradicionales, los sanatorios infantiles y las colonias de vacaciones puesto que cuando los niños y niñas volvían lo hacían a los mismos hogares con las condiciones de saneamiento deficitarias, exponiéndolos al riesgo de otro flagelo de la época: la tuberculosis. En las escuelas al aire libre la población infantil podía recibir terapias naturales, ejercicios físicos adecuados como un tipo de Gimnasia especial –en Argentina se practicaba la gimnasia respiratoria de Ling, (Lionetti, 2014, p. 211)– por largos meses sin que se interrumpiera su proceso de escolarización.

En nuestros días del aislamiento preventivo y obligatorio, las niñeces escolarizadas fueron recluidas a su espacio doméstico. La medida fue valorada positivamente por muchos y, pasados los días, cuestionada por otros. Tuvo efectos no deseados y de hecho muchos hablan de su inconveniencia por una diversidad de situaciones emocionales, físicas y psíquicas. Pero también las sugerencias de crear salas temporales en parques, plazas y clubes dirigidas, sobre todo, para los más pequeños y programar el regreso de los más grandes y los adolescentes a las escuelas ha generado no pocas controversias como ocurriera en 1918.

Posiciones encontradas de autoridades, docentes, padres, referentes profesionales médicos, psicólogos infantiles. Se habla de que las niñas han sido privadas de su escolarización, que perdieron su ritmo escolar y quedaron expuestos a desiguales condiciones en la virtualidad. Sin dudas, son opiniones muy valederas. Sin embargo, pocos saben que si volvemos la atención al pasado, a esa niñez escolarizada se le impuso un disciplinamiento en sus cuerpos, se les transmitió conocimientos y una administración del tiempo que implicó perder parte de sus libertades. Aquellas que les permitían transitar, sin ser culpabilizados, por las calles, los campos, que trabajaban al tiempo que jugaba y que, claro está, tampoco tenían una existencia idílica. El tiempo y la postal de la escuela y la “señorita” maestra han naturalizado la imagen de la niñez escolarizada sin que lo problematicemos más allá de cuestionamientos sobre el carácter de lo que se enseña y las aptitudes profesionales del cuerpo docente. Lo que también se ignora que no fue en nuestros días, sino en otros contextos y bajo otro clima de ideas, que se pensó el aula como un ambiente expuesto a la contaminación y lo patológico.

Opiniones, posicionamientos, críticas, decisiones de las que participamos los adultos, muchas veces sin conocer la extrema complejidad de lo educativo. Mientras tanto nuestras infancias, verdaderos protagonistas del quehacer escolar, siguen allí silenciadas como antaño. Bucear por esas experiencias del pasado podría darnos la oportunidad de no colocar a las infancias en ese lugar de ensayos de experiencias –amparadas en discursos y saberes de expertos– que no necesariamente consiguen el objetivo de cuidarla y preservarla para que puedan vivir la niñez.

Bibliografía

- Agamben, Giorgio (2001). *Infancia e Historia. Destrucción de la experiencia y origen de la historia*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.
- Aisenstein, Angela y Scharagrodsky, Pablo (2006). *Tras las huellas de la Educación Física escolar. Cuerpo, género y pedagogía, 1880–1950*. Buenos Aires: Editorial Prometeo.
- Álvarez, Adriana (2010). La experiencia de ser un 'niño débil y enfermo' lejos de su hogar: el caso del Asilo Marítimo, Mar del Plata (1893–1920). *História, Ciências, Saúde–Manguinhos*, 17 (1). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/PVSyHdq6sqgRYV6v5DG9GyD/?lang=es>
- Ariés, Philippe (1987 [1960]). *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Madrid: Taurus.
- Armus, Diego (2007). *La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870–1950*. Buenos Aires: Edhasa.
- Borinsky, Marcela y Talak, Ana María (2005). *Problemas de la anormalidad infantil en la psicología y la psicoterapia*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.
- Bruno, Perla (2015). Del turismo escolar y sanitario infantil al turismo social: colonias de vacaciones en la Provincia de Buenos Aires, Argentina. *História, Ciências, Saúde–Manguinhos*, 22 (4). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/X8mR4gy7wxg75SFCVxbB5Yp/?lang=es>
- Colángelo, María Adelaida (2019). *La crianza en disputa Medicalización del cuidado infantil en la Argentina entre 1890 y 1930*. Buenos Aires: Ediciones UNGS.
- Cowen, Pablo (2017) Salud y enfermedad en la Buenos Aires del siglo XIX. *El Universitario* (diciembre 2017). Recuperado de <https://eluniversitario.unnoba.edu.ar/2017/12/14/salud-y-enfermedad-en-la-buenos-aires-del-siglo-xix/>
- de Paz Trueba, Yolanda (2019) (comp.). *Infancia, pobreza y asistencia. Argentina primera mitad del siglo XIX*. Rosario: Prohistoria.

DiLiscia, María Silvia y Salto, Graciela Nélica (eds.) (2004). *Higienismo, educación y discurso en la Argentina (1870–1940)*. Santa Rosa: Editorial de la Universidad Nacional de La Pampa.

DiLiscia, María Silvia (2005). Colonias y escuelas de niños débiles. Los instrumentos higiénicos para la eugenesia: primera mitad del siglo xx en Argentina. En María Silvia Di Liscia y Ernesto Bohoslavsky, *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840–1940*. Buenos Aires: Prometeo.

El Monitor de la Educación Común (1912), Año 28, 134.

El Monitor de la Educación Común (1918), Año 3, 66.

El Monitor de la Educación Común (1917), Año 35, 168.

El Monitor de la Educación Común (1919), Año 37, 47.

El Monitor de la Educación Común (1919), Año 37, 136.

Ferrer Guardia, Francisco (1889). *La Escuela Moderna*. (s. d.), p. 17

Ferro, Gabo (2010). *Degenerado, anormales y delincuentes. Gestos entre ciencia, política y representaciones en el caso argentino*. Buenos Aires: Editorial Marea.

Frenderaij, Claudia (2020). *La niñez desviada. La tutela estatal de niños pobres, huérfanos y delincuentes. Buenos Aires 1890–1919*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Galeano, Eduardo (junio de 1996). *El sacrificio de la justicia en los altares del orden. Los Prisioneros*. XIV Curso Interdisciplinario del Instituto Interamericano de Derechos Humanos, en San José de Costa Rica, Costa Rica.

Le Bretón, David (2002). *Antropología del cuerpo y de la modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Lionetti, Lucía (2007). *La misión política de la escuela pública: la educación del ciudadano de la república*. Buenos Aires/Madrid: Miño y Dávila.

Lionetti, Lucía (2014). Discursos y prácticas de docilización sobre las corporalidades anormales en Argentina en los albores del siglo xx. En Pablo Scharagrodsky (comp.), *Miradas médicas sobre la cultura física en Argentina, 1880–1970*. Buenos Aires: Prometeo.

- Mercante, Víctor (1926). *La Paidología. Estudio del alumnos*. Buenos Aires: M. Gleizer Editor.
- Miranda, Marisa y Vallejo, Gustavo (comp.) (2005). *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Buenos Aires: Siglo XXI .
- Pita, Valeria (2006). Intromisiones municipales en tiempos de fiebre amarilla: Buenos Aires, 1871. *Revista Historia y Justicia* 6.
- Pita, Valeria (2016). Fiebre amarilla, habitaciones colectivas y disputas por derechos. Buenos Aires, 1871. En Andrea Andújar, *Vivir con lo Justo, Estudios de historia social del trabajo en perspectiva de género Argentina, siglos XIX y XX*. Buenos Aires: Prohistoria Ediciones.
- Public Health Reports* (1997). *Journal of the Public Health Service*. 112(3), 198-206.
- Suárez, José Bernardo (1894). *El Tesoro de las niñas. Obra compuesta expresamente para la educación moral de las hijas de familia*. Córdoba: Tipografía La Velocidad.
- Rustoyburu, Cecilia (2019). *La medicalización de la infancia. Florencio Escardó y la nueva pediatría en Buenos Aires*. Buenos Aires: Biblos
- Suriano, Juan (1990). *Niños trabajadores. Una aproximación al trabajo infantil en la industria porteña de comienzos del siglo*. En Diego Armus (comp.), *Mundo Urbano y Cultura Popular*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Teran, Oscar (1987). *Positivismo y nación en la Argentina*. Buenos Aires: Puntosur.
- Zapiola, Carolina (2019). *Excluidos de la niñez: menores, tutela estatal e instituciones de reforma. Buenos Aires, 1890–1930*. Los Polvorines: Ediciones de la Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Zimmermann, Eduardo (1992). Los intelectuales, las ciencias y el reformismo liberal: Argentina, 1890–1916. *Desarrollo Económico*, 31 (34), 545–564.

El brote de polio de 1956: políticas sanitarias en disputa, asociacionismo y respuestas científicas

Olga Echeverría

Yo había empezado a escribir una novela con un asesino serial [...] imaginé a alguien que hubiera sufrido la parálisis infantil, que se hiciera llamar La Polio y que atacara a los pibes así, reventándoles las piernas. Pero de hacerlo poliomiélico no sería un asesino que pudiera desplazarse con facilidad, así que pensé en el encierro. Ahí me acordé de que ese año, el '56, yo vivía con mis viejos y mi abuelo en Buenos Aires, en el barrio de Monserrat, y me encerraron por temor al contagio. Incluso venía una maestra a enseñarme a casa, y me colgaron del cuello una bolsita de alcanfor; yo miraba desde el balcón, un segundo piso a la calle, cómo jugaban los chicos a la pelota. Fue un año largo para mí, misterioso, porque además descubrí los pulmotores, esas fotos en las que se veía la cabecita de un chico embutida en una especie de cápsula, de Apolo xii. El miedo, a mí todo esto me parecía una pesadilla.

(Molfino, Miguel Ángel, 2014).

La poliomielitis en Argentina: una epidemia y su salida

La poliomielitis o polio fue una enfermedad que se extendió a lo largo del mundo. Se trataba de una enfermedad muy contagiosa causada por el poliovirus. El virus se transmitía de persona a persona, a través de la materia fecal, el agua o los alimentos. Luego de alojarse en el intestino, atacaba al sistema nervioso y podía causar parálisis en cuestión de horas (generalmente en las piernas). Entre un 5 % y un 10 % de los contagiados fallecía por parálisis de los músculos respiratorios, de allí que muchos de los registros fotográficos de la epidemia sean de los pulmotores.



Fuente: Foto extraída de caeme.org.ar, Archivo del Hospital Municipal de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Buenos Aires.



Fuente: Foto extraída de caeme.org.ar, Archivo del Hospital Municipal de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Buenos Aires.

En la Argentina contemporánea, los brotes existieron desde 1906, pero el reconocimiento de su carácter epidémico llegó recién en 1936, cuando el pediatra Juan Garrahan identificó la existencia de numerosos casos en la Ciudad de Buenos Aires, criterio que fue compartido por sus colegas. En consecuencia, fue entonces cuando se dio un primer paso hacia el control y prevención del contagio a través de la sanción de la Ley N° 12317, que establecía la obligatoriedad, ante las autoridades oficiales, de la denuncia de las enfermedades infectocontagiosas. A partir de entonces se empezaron a elaborar los primeros registros estadísticos que permiten el estudio de la enfermedad en el país. De acuerdo a las tasas de incidencia de la enfermedad cada mil habitantes, las tres epidemias de mayor importancia de nuestro país fueron las correspondientes a los años 1936, (con una tasa de incidencia de 10 por mil), 1953 (14 por mil) y 1956 (33 por mil).

La epidemia de 1956, registró 6 496 casos notificados de una enfermedad que puede, como hemos dicho, causar la muerte o una severa y permanente discapacidad, sobre todo en niños menores de cinco años. Por entonces, como sucede en casi todas las epidemias, el temor y la desolación eran expresiones generalizadas, solo amortiguadas por la esperanza puesta en la investigación científica y sus resultados farmacéuticos y en soluciones provenientes de prácticas ancestrales. La población seguía el número de contagios a través de la prensa, no sin entrar en disputas políticas sobre los responsables de la extensión de la enfermedad.



Fuente: Archivo ALPI

Los sucesivos y graves brotes de la enfermedad significaron un cambio en su forma de comportamiento y modificaron su estatus de enfermedad esporádica y endémica para ser percibida como un problema sanitario relevante. No obstante su previa existencia, fue recién en este período cuando pasó a ser considerada como una preocupación y causa de políticas sanitarias por parte de los Estados. Este cambio en el modo de ser contemplada no se debió solo al incremento en el número de casos o a la mortalidad que era capaz de provocar en casos severos, sino a la cantidad de personas que sobrevivían con secuelas y capacidades funcionales notablemente disminuidas (Testa, 2012).

Cecilia Rustoyburu, en su libro, *La medicalización de la infancia* (2019), narra las experiencias de niños y niñas que fueron afectados y afectadas por la poliomielitis. Esas historias, dice la autora, están atravesadas por lo que ella llama medicalización de la infancia que no solo buscaba la cura, sino también establecer valores de crianza y educación. No sin tensiones, el mundo *psí* fue acercándose al sistema de salud. Al mismo tiempo, señala que esos saberes irrumpieron en los hogares y transformaron las nociones de familia, infancia, maternidad y paternidad. Conocimientos médicos que fueron resignificados por las mujeres y madres.

Esta Nueva Pediatría, una especialización que no era dominante dentro del campo médico y tuvo como referente principal a Florencio Escardó (y también incluyó una importante participación de la psicoanalista y asistente social, Eva Giberti, pareja de Escardó), introdujo nociones como las de *enfermedades de familia*, que conllevaban transformaciones en los tratamientos médicos, en las instituciones hospitalarias y en la divulgación de los saberes médicos. Desde esa perspectiva y ante el brote de poliomielitis que venimos analizando, Escardó y su equipo impulsaron la presencia de los especialistas *psí* en los procedimientos y consideración de la epidemia, ya que se trataba de una enfermedad que requería tratamientos prolongados, una tasa alta de secuelas y procedimientos complejos, ya que no disponían de métodos que detuvieran su evolución y porque variaba

de un brote a otro. Solo podían administrar medicamentos utilizados en otras situaciones para aliviar los síntomas, cuidar el sistema respiratorio y evitar la gravedad de las secuelas. En este escenario, Escardó incorporó en su sala a un equipo para que contuviera anímicamente a los padres de los niños infectados. En su actividad de divulgación, sostenía que la medicina “tradicional” no consideraba los aspectos psicológicos de la epidemia y proponía, en consecuencia, la incorporación de psicólogos para mediar y evaluar los rasgos psíquicos del personal de salud y a los familiares de los pacientes. Apostaba a tratamientos integrales, que superaran a la kinesioterapia y aconsejaba internar solo los casos más complejos para evitar el hospitalismo y para los que efectivamente debían permanecer internados, recomendaba la permanencia de las madres en las salas para que no se rompiera el vínculo entre el infante y la madre.



Fuente: Archivo ALPI



Fuente: Archivo ALPI

Así, como sucedió en otros países, en Argentina, esta epidemia afectó tanto a grupos sociales acomodados como populares y desafió la capacidad de la medicina y las prevenciones de las medidas higiénicas. La presencia de los enfermos crónicos, las imágenes de la “legión de niños lisiados” y la carga social que ello significaría en el futuro, planteaban ansiedades amenazantes que se respiraban en el clima urbano de la época y que requería de urgentes soluciones.

Entre las acciones cotidianas para evitar el contagio, han quedado en el recuerdo la utilización de las pastillas de alcanfor en la ropa o colgadas de los cuellos de niños y niñas, la limpieza de las veredas y calles realizada por los mismos vecinos con lavandina, los árboles y cordones de las veredas blanqueados con cal, vahos con eucaliptus, las fumigaciones aéreas con *gamezzane*, las cuarentenas selectivas y los traslados de los niños sanos hacia el campo, lo cual nos recuerda reacciones de otras sociedades, de otros tiempos, pero con las mismas percepciones y búsquedas. Es decir, esos movimientos fueron clara señal del temor y expectación sufridos frente a una enfermedad contra la cual no había aún soluciones efectivas ni definitivas. La angustia y la incertidumbre afectaban tanto a la sociedad como a los propios médicos. Esa perplejidad gestó acciones públicas y políticas en busca de fondos que aportaran a la solución del problema y dieran contención a los afectados que podían quedar inhábiles de por vida. Claramente, allí los cuerpos frágiles y los sectores más vulnerables eran los más afectados. En el capitalismo, como ha sido estudiado, la opresión que el sistema social ejerce sobre el cuerpo humano es el resultado de la acción conjunta de factores de clase, edad y género, a los que habría que añadir también los componentes raciales. Se trata de una manera de entender el cuerpo y la otredad. Esos cuerpos representan un problema con el que hay que lidiar, de ahí que el ser humano sea el único animal en fuga de su cuerpo, como ha señalado Álvarez Cantalapiedra (2017), desde que Christian Dior decretara aquello de que “a partir de ahora está prohibido envejecer”, pues el paso de los años es inevitable pero el envejecimiento no. Asimismo, nuestra corporalidad y nuestra condición

de cuerpo–sujeto son claves para entender las relaciones que podemos establecer con el mundo circundante, y por lo tanto también con el sistema socioeconómico en el que vivimos. Este cuerpo–sujeto tiene un aspecto íntimo y un aspecto social, ambos radicados en la corporalidad, pero sin reducirse a ella. De ahí que sea necesario un enfoque que invite a repensar las relaciones naturaleza/cultura o, si se prefiere, las conexiones entre herencia y educación. El paradigma biocultural afirma que somos naturaleza y cultura, e invita a hablar de cuerpo y espíritu, aceptando multidimensionalidad del objeto. (Alba, 2017). Por su parte Jon Illescas (2017) sostiene que el cuerpo resulta el último bastión donde las personas más vulnerables, vulneradas por el sistema y asediadas por la lógica de la competencia se pueden refugiar. El cuerpo es la última propiedad que les resta a los desposeídos del capitalismo, pero este exige un cuerpo sano, un cuerpo “normativizado” y un cuerpo joven.



Fuente: AGN

Las historias que han trascendido, de afectados por la polio, son las de aquellos que contaron con un entorno que les permitió desarrollarse, muchos y muchas en el arte, como la pintora Frida Kahlo, agravado por un accidente posterior, o María Rosa Oliver, afectada con la epidemia de inicios del siglo xx, escritora argentina, perteneciente a una familia patricia, una de las más activas figuras de la revista y de la editorial Sur, desde los diez años se movilizó en sillas de ruedas. Como se puede ver en su libro *Mundo, mi casa* (1965) y como ha estudiado María Rosa Lojo, desde los ojos de los otros y, sobre todo, de las otras mujeres, la enfermedad que la paraliza físicamente ha irrumpido para apartarla de ese común (“normal” y normativo) destino. La adolescente se niega a considerar ese desplazamiento como un obstáculo para su desarrollo personal o su felicidad: “Y porque me omitían al tocar ese tema, creí necesario omitir el amor al pensar en mi vida futura. No siempre ni con certeza. Tampoco ilusionada en que mi condición cambiaría. Excluir el novio, el marido, los hijos de mis años por venir, ni me disminuía ni me limitaba”. La polio se relaciona para ella mucho más con la privación de los placeres inmediatos (comer alimentos demasiado calóricos, entrar al mar con los pies descalzos) que con una interdicción ominosa sobre el futuro. Y por momentos se revela como la excepcionalidad que la coloca en un lugar de paradójico privilegio, desde donde se puede trascender, en otros sentidos, el lugar acotado del género: “aquello que el médico berlinés debió decirle a mamá quitándole toda esperanza de que mi vida pudiera ser la normal y corriente, me ha dado tiempo y cierta capacidad para dedicarme a ser una más, entre los miles empeñados en impedir la tercera [Guerra Mundial]” (Oliver, [1965] citada en Lojo, 2014).

Otro caso conocido es el del presidente de los Estados Unidos, Franklin D. Roosevelt que, postrado desde joven, no quiso evidenciar su discapacidad por temor a perder su lugar en la política, aprendió a mantenerse en pie e incluso dar algunos pasos, sujetando sus piernas y caderas por medio de abrazaderas de hierro. Usaba silla de ruedas en la intimidad, pero se cuidó mucho de ser visto en público

con ella, aunque en ocasiones apareció con muletas. Normalmente se mostraba de pie, mientras se apoyaba en un lado en uno de sus hijos. Esto pone en evidencia que aun aquellos que disponían de condiciones materiales y bienes culturales o políticos, la fragilidad del cuerpo podía ser una limitación. ¿Cómo suponer la vida de aquellos que sobrevivieron con un cuerpo discapacitado, sin recursos, sin un entorno que los contuviera o que solo pudieran acceder a una actividad laboral que requiriera las habilidades físicas perdidas?



María Rosa Oliver, junto a otros referentes de Sur, cubriendo sus piernas con un sombrero.

Fuente: Archivo ALPI.

La literatura y otras expresiones artísticas nos permiten acercarnos a esas dimensiones que no siempre aparecen en otros registros. La polio no solo es una condena que cargan los que se vieron afectados, sino que también implicó miedos y traumas en quienes atravesaron brotes epidémicos.

El escritor Miguel Ángel Molfino, integrante de una familia brutalmente diezmada por la última dictadura militar argentina, siendo el mismo un detenido desaparecido por un largo período, al escribir

una novela policial sobre un asesino serial se inspiró en sus temores infantiles producto del encierro y el alcanfor al cuello que vivió durante la epidemia de 1956 para contextualizar la psiquis perturbada del protagonista de su obra.

Las artes plásticas y las imágenes, como se puede ver en los capítulos de Silvana A. Gómez y Lucas Andrés Masán, en este mismo libro, fueron también fuente de expresión e información sobre las epidemias. Así, las crónicas de las enfermedades son parte de la historia del arte y por ende de la humanidad. El empleo de la pintura para la evocación e interpretación de enfermedades ha existido desde las antiguas civilizaciones hasta nuestros días. Mediante testimonios visuales se conoce que las infecciones, las epidemias y enfermedades carenciales eran difícilmente evitables, constituyendo fuente de gran temor. Así, el arte se ha convertido en una fuente histórica que ha permitido el acercamiento a estas patologías y a su impacto en la población, como también del actuar de los médicos ante ellas (Donoso y Arriagada, 2019).



Fuente: Archivo ALPI.

Para Adriana Álvarez (2014), las políticas sanitarias implementadas, inicialmente buscaron el control de la enfermedad y solo más tarde su “erradicación”. A mediados del siglo xx la poliomielitis era epidémica, se trataba de una infección cuya gravedad y frecuencia variaba de una región a otra y si bien en algunas zonas era una enfermedad exclusivamente infantil, en otras atacaba por igual a ni-

ños y adultos. Si bien había estado presente en diferentes momentos del siglo xx, su intensificación, a partir de los años cuarenta, cuando aún no había vacunas para combatirla, implicó un fuerte desasosiego social puesto que ponía en evidencia que la medicina, a pesar de su gran desarrollo y construcción de poder, no tenía respuestas para la polio y requería recursos extraordinarios.



Fuente: AGN.

Asimismo, también era impactante que, a diferencia de la mayoría de las patologías infectocontagiosas, no se propagaba por las condiciones de vida material ni tampoco por falencias de los sistemas de salud, ya que afectó a los países sanitariamente más avanzados, y a las clases sociales más acomodadas, hecho que le confirió a esta dolencia una identidad muy peculiar con respecto de otros males y expresaba una amenaza generalizada.

Según Diego Armus (2007), desde fines del siglo xix y especialmente durante la primera mitad del siglo xx, los cambios en la infraestructura de salud y en las tendencias de la morbilidad y mortalidad se articularon con una suerte de catecismo laico de la higiene que logró penetrar con bastante eficacia en la sociedad y la cultura de Buenos Aires (como abordan varios capítulos de este libro). Dicho autor, en su estudio sobre la lucha antituberculosa, examina cómo desde principios de siglo se fueron plasmando una serie de iniciativas dirigidas a combatir la enfermedad a partir del desarrollo de

modos de vida considerados sanos, higiénicos y moralmente aceptables, en cuyo centro se consolidó un sector médico que, aunque con ciertas tiranteces, contó con el consenso de todo el arco político. Esas premisas que se plantearon para la tuberculosis, pueden extenderse a un abanico más amplio de enfermedades y políticas sanitarias. Se elaboraron textos, folletos, afiches y volantes que llegaban a los diferentes sectores sociales, a través de la distribución en trenes y fábricas, sociedades mutuales y hospitales, centros obreros, iglesias y escuelas, también, a partir de la década del veinte, se apeló a los programas de radio, desde donde se “recetaban” modos de vida saludables. Muchas de esas prescripciones se transformaron en necesidades materiales y morales de la vida en la ciudad moderna, tanto en el deporte y el uso del tiempo libre como en la sexualidad y la crianza de los hijos, la vestimenta y la comida, la organización de la vivienda y de los espacios públicos, la escuela y el lugar de trabajo.

Aquí, nos interesa resaltar que, con la tuberculosis, probablemente la enfermedad que más atención concitó en las primeras décadas del siglo xx, se puso en agenda a los asuntos de la higiene, el ambiente urbano y el asistencialismo en el marco más general de una imprecisa ideología de lo público que, desde la cima del Estado, se proponía definir los rasgos dominantes de la sociedad argentina. Esta ideología de lo público aspiraba a ir definiendo las bases de un nuevo Estado social, obligado y responsable de la protección y bienestar de la población. Reformista y ambiciosa, invocando la solidaridad social, el orden y la expansión de ciertos derechos sociales, esta ideología de lo público apuntaba a crear instituciones y expertos lanzados a producir políticas específicas que debían permitir dejar en el pasado a la filantropía y la caridad particular y limitar las atribuciones de las instituciones religiosas. Lo cierto, como decíamos, es que estas nociones no solo fueron válidas para la lucha antituberculosa, sino que se establecieron como premisas del campo de la salud y la enfermedad, aunque no lograron o no quisieron/pudieron dismantelar el aparato de beneficencia que no solo siguió actuando, sino que fue redimensionándose.

Para el período que nos ocupa, Armus entiende que el primer peronismo, entre 1943 y 1955, retomó muchas de las ideas e iniciativas que en materia de salud pública se habían anunciado en los debates parlamentarios desde comienzos de siglo y las transformó en leyes y decretos. Así, fue un dinámico hacedor de proyectos que hizo bien explícita su intención de llegar a las regiones menos equipadas de dispensarios, hospitales y sanatorios en la batalla contra las enfermedades. El Plan analítico de salud pública de 1947 establecía claramente estas prioridades indicando que Buenos Aires tenía suficientes camas y que las inversiones debían ser realizadas en los lugares del interior desde donde provenían muchos de los enfermos que terminaban internándose en los hospitales de la capital. Por otro lado, en relación con los tuberculosos porteños, se anunciaba un redoblado esfuerzo orientado a la temprana identificación, tratamiento y seguimiento de los enfermos, así como la reincorporación laboral de los que se habían curado. Fueron años signados por la creación de nuevas agencias estatales que extendieron –mucho más en el interior que en Buenos Aires– la red de servicios de atención hospitalaria. Karina Ramacciotti, en *La política sanitaria del peronismo* (2009), analiza tanto las continuidades como las rupturas con los proyectos y políticas de salud preexistentes, y subraya la voluntad centralizadora e institucionalizadora de la política de salud pública del peronismo mediante una serie de reformas administrativas llevadas a cabo a partir de 1946, plasmadas en el Plan analítico de salud pública de 1947. El peronismo buscaba que las estructuras y organizaciones de asistencia y tratamiento médico se convirtieran en un objeto de Estado y de política pública en la Argentina con alcance universal. También examina la resistencia de muchos médicos por convertirse en funcionarios del Estado (y sobre todo del Estado peronista), al suponer que ello sería un límite para el desarrollo privado de la profesión y podría implicar una pérdida de autonomía en su práctica de la medicina. Sin duda, en el trabajo de Ramacciotti se evidencia como el contexto político y social se involucra con los modelos sanitarios e implica determinaciones que no están guiadas

por cuestiones de salud y enfermedad, sino que responden a otros –múltiples– intereses, incluyendo los de la Fundación Eva Perón y los sindicatos (Barry, Ramacciotti y Valobra, 2008).

Con la crisis de los últimos años del gobierno peronista, la expansión sanitarista se frenaría significativamente, pero también por el accionar del gremio médico, de los sindicatos y de las organizaciones mutualistas y de caridad a un sistema de atención médica socializado o estatizado. Las políticas sanitarias también fueron parte de las disputas entre peronistas y antiperonistas, que se acusaban mutuamente de falta de eficacia y abandono de las cuestiones sanitarias.

Entre la ciencia, la política y los odios

El régimen de facto de Eugenio Aramburu (1955–1958), eliminó el Ministerio de Salud y minimizó la epidemia, pero en 1956 debió reconocer la gravedad y la asumió como una cuestión sanitaria, pero también política e instrumentó rápidamente medidas para enfrentar la emergencia salubre. En el marco de una estrategia discursiva que buscaba diferenciarse de la anterior gestión peronista, dispuso erogaciones de dinero y destinó recursos para demostrar una pretendida efectividad que el gobierno depuesto no había logrado. La actuación de la prensa escrita reflejaba la ofensiva contra el peronismo, al que culpabilizaba de la epidemia por causa de la desidia, la falta de higiene y la administración ineficiente y corrupta, argumentos mediante los cuales golpeaba dos de los ámbitos de actuación más caros a la política social peronista: el sistema sanitario y las medidas de protección a la niñez y convocaba a aunarse contra un nuevo enemigo común.

De tal modo, la polio fue intencionalmente tomada por la Revolución Libertadora como símbolo tanto para justificar y legitimar su virulento antiperonismo, a la vez que se intentaba eliminar al peronismo como emblema del bienestar y la salud en los imaginarios sociales. De allí, que se trabajara en diversos planos con la contrapo-

sición de imágenes de alarma y de temor. El golpe de 1955 eliminó el Ministerio de Salud y la primera actitud fue ignorar la epidemia, pese a que los diarios informaban los casos todos los días. La epidemia fue pegada a la imagen de un castigo colectivo; relegando la propia enfermedad a un plano menor. El concepto de “lisiado” fue redefinido, y asociado a la rehabilitación, tal como el pueblo peronista debía “rehabilitarse” de tal sentimiento y adhesión, a través del esfuerzo voluntarista personal (Domínguez, 2020).

La creación de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado en 1956 fue una de las innovaciones burocráticas del momento. Uno de los objetivos de la entidad fue la planificación e implementación de un plan nacional de rehabilitación física, psíquica y económico-social de las personas con sus capacidades laborales (actuales o potenciales) disminuidas como consecuencia de enfermedades congénitas o adquiridas; asimismo, se proponía centralizar las acciones llevadas a cabo fundamentalmente por organizaciones privadas filantrópicas o confesionales diseminadas en diferentes partes del país (Testa, 2011).

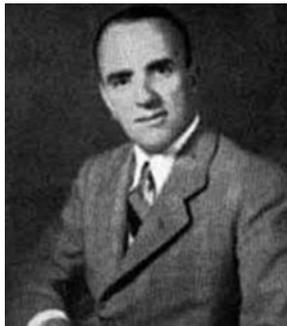
Por su parte, los peronistas amenazaban/atemorizaban a sus opositores a través de llamadas anónimas, donde expresaban el deseo de que a los hijos de los antiperonistas que habían vejado el cuerpo de Eva y habían destruido los pulmotores de la Fundación Evita, les agarrase la polio (Walsh, 1965).

De todos modos, ante el creciente desafío que significaba la epidemia, el conjunto social empezó a pensar soluciones posibles y a organizarse para dar respuestas.

Como estudió Donna Guy (2011), en Argentina, las damas de la Sociedad de Beneficencia y otras variadas organizaciones femeninas, como las inspiradas en la caridad cristiana, tuvieron una amplia participación y concepciones acerca de la caridad como instrumento para enfrentar la epidemia. Dichas acciones, significaron un valioso aporte para las políticas sociales y para la atención de la infancia afectada. Así, en la ciudad de Buenos Aires, se constituyó la Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil [ALPI], enti-

dad que canalizó sus esfuerzos en la necesidad de encontrar soluciones a los efectos posteriores de la polio, bajo el lema “Vocación para rehabilitar”.

El médico Marcelo J. Fitte, dedicado al ejercicio de la cirugía general y preocupado por la epidemia de poliomielitis se inclinó a la cirugía ortopédica e ingresó a la Cátedra del Profesor Manuel Ruiz Moreno, luego perfeccionó sus conocimientos en Francia, Italia, Austria y Alemania entre 1927 y 1929 y de regreso a la Argentina retomó su carrera docente y su labor hospitalaria como subjefe del Servicio de Ortopedia y Cirugía Infantil del Hospital de Niños. Poco después, fue designado jefe de la sección de Radiología Ósea del Instituto de Radiología y Fisioterapia. En octubre del año 1936 funda, con un grupo de entusiastas cirujanos ortopedistas y pediatras clínicos, la Sociedad de Cirugía Ortopédica, que inicia sus actividades como filial de la Asociación Médica Argentina. Conocedor de la necesidad de rehabilitación física y psíquica de los pacientes, sostenía una práctica que implicaba un modelo de recuperación integral, centrada en la vida diaria del paciente (Otaño Sahores, 2011).



Dr. Marcelo Fitte.
Fuente: Archivo ALPI.

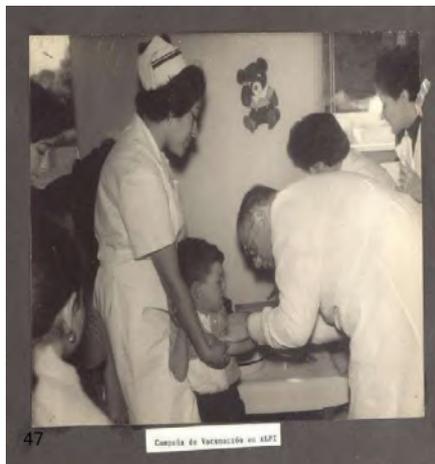
La polio era una enfermedad costosa, que implicaba sesiones de kinesiología, intervenciones quirúrgicas y aparatos ortopédicos, lo cual implicaba una disminución de los medios económicos de las familias afectadas o la inaccesibilidad para los de menores recursos.

Por ello, Fitte junto con un grupo de señoras involucradas con la beneficencia, comenzaron a trabajar para atender estas necesidades. Y así nació ALPI, el 17 de diciembre de 1943, sostenida únicamente con aportes privados y el apoyo de centros especializados del extranjero, especialmente de la National Foundation de Estados Unidos. Según la propia asociación, se constituyeron “en una institución ágil, sin trabas burocráticas, con un programa serio de trabajo trazado en el esquema clásico del estudio y la acción”. La extensión por el territorio nacional fue rápida y amplia y los servicios que se brindaron abarcaron la asistencia domiciliaria, la entrega de material y equipos asistenciales para tratamiento, la realización y entrega de aparatos ortopédicos, la creación del servicio de transporte, para trasladar pacientes a los servicios hospitalarios, el otorgamiento de becas en cursos y especializaciones para personal de salud en capital y el interior del país (kinesiólogos, médicos cirujanos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, voluntarios, etc.), la organización de envío a domicilio de maestras para los niños enfermos, la creación del Servicio de Rehabilitación y del Departamento de Psicología. También se creó el Departamento de Terapia Ocupacional en los institutos de ALPI, se financiaron diversas investigaciones sobre la terapia precoz de la Poliomiélitis y la formación de especialistas en Terapia Ocupacional para dictar cursos en nuestro país. Además, de financiación de viajes de perfeccionamiento al extranjero del personal de salud de Argentina.



Fuente: Archivo ALPI.

convocaron a ALPI para la realización de la Primera Campaña de Re-caudación Pro Vacunación, con el propósito de reunir fondos entre la población y de ese modo morigerar el impacto económico que la inmunización a gran escala significaría para las arcas estatales.



Fuente: Archivo ALPI.

A mediados de 1959, ALPI reconoció en la vacunación una de las actividades más relevantes en su impacto de acción social. Con la colaboración de un gran número de voluntarios, la entidad vacunaba gratuitamente a todos aquellos que no podían pagar la vacuna. Por otra parte, el impacto de la aplicación masiva de la vacuna, como una herramienta de comprobada eficacia para el control del contagio de la poliomielitis, puso en jaque los fines explícitos que sostenían a ALPI.

Así, en 1961, la institución se vio obligada a rediseñar su misión y sus objetivos para continuar en vigencia luego de veinte años de obra y de haber logrado fuertes vinculaciones civiles y estatales en los cambiantes escenarios que se presentaron durante ese lapso. Esto representó para ALPI no solo la redefinición de sus fines y el desafío de adaptación de su capacidad técnica y administrativa acorde con nuevas estructuras y perfiles profesionales ajustados a otras proble-

máticas y tipo de discapacidades, sino que significaría también un esfuerzo necesario para sobrevivir sin secuelas a la poliomielitis.

En publicaciones de prensa, en las memorias y en la folletería institucional se difundían los nombres y hasta las fotografías de los patrocinadores que realizaban donaciones importantes en una demostración de la concepción de filantropía, no solo como gesto de utilidad y acción social sino también como expresión de prestigio social.

De todos modos, lo que nos interesa señalar aquí es que a la epidemia de polio se le hizo frente con un entramado de acciones estatales, de desarrollos de los profesionales de la salud, de asociaciones comunitarias y el involucramiento de la sociedad civil. Pero, quedando en evidencia la importancia de contar con un sistema sanitario y políticas de salud que atendieran a los enfermos, evitara mayores contagios y diera respuestas de largo plazo a los discapacitados/as que dejaba la enfermedad.

Por otro lado, es interesante pensar que, a esta sociedad de mediados del siglo pasado, atravesada por el horror de los regímenes nazi-fascistas, las muertes de la Segunda Guerra Mundial y las premisas de la Guerra Fría, los desarrollos científicos y tecnológicos se le presentaban como la panacea, la concreción del mundo futuro, moderno e invulnerable, pero, paradójicamente, también como una amenaza. No obstante, ante la epidemia que traía recuerdos de un pasado de supuesta mayor indefensión, casi sin fisuras, las esperanzas se centraron en el éxito de la investigación científica.

Siglos atrás, la polio era llamada la “debilidad de las extremidades inferiores”. En 1840 había sido descrita en Alemania por Heiden y cincuenta años después por Medin, en Suecia. De allí que la Organización Mundial de la Salud [OMS], la denomine como enfermedad de Heine Medin. Luego de varias epidemias en distintas partes del planeta, había empezado a propagarse, en forma preocupante, a principios del 1900. Hacia mediados de siglo, los desarrollos en busca de la vacuna que trajera la solución se vieron impulsados por nuevos brotes.

Las vacunas

Los desarrollos de la vacuna progresaron en los Estados Unidos. En marzo de 1953 el médico Jonas Edward Salk anunciaba que había descubierto, en investigaciones desplegadas en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pittsburg, la vacuna contra la polio. Explicó al mundo que consistía en un virus inactivo, y que luego de dos dosis inyectables, desarrollaba anticuerpos en el 90 % de los casos probados, y que una tercera dosis, llevaba la efectividad al 99 %. Sus primeros ensayos son de 1953 y entró en circulación en abril de 1955. Era una vacuna inactivada, que se administraba mediante inyección intramuscular.



Jonas Salk, el descubridor de la primera vacuna.

Fuente: *Wisdom Magazine*.

Por su parte, el polaco Albert Sabin, a quien el antisemitismo había obligado a abandonar su país, radicándose en los Estados Unidos, tomó como punto de partida lo investigado por Salk. Demostró que el virus infectaba a la persona a través del sistema gastrointestinal para después propagarse por la sangre. Así fue como desarrolló una vacuna oral con virus vivos atenuados, que resultó más eficaz que la inyectable de Salk, ya que ampliaba el período de inmunidad. Sabin hizo las primeras pruebas en su propio cuerpo, en el de sus familiares y su equipo de investigadores. Además, se hicieron pruebas con los detenidos de una cárcel cercana al laboratorio. Sin embargo, no logró avanzar con el estudio clínico masivo en Estados Unidos,

porque ya se estaba utilizando con éxito la vacuna de Salk. Por ello, los ensayos clínicos fueron desarrollados por el sistema sanitario de la Unión Soviética, en 1957. Cuatro años después, tras el éxito de las investigaciones, el Servicio de Salud Pública estadounidense aprobó la vacuna diseñada por Sabin y la OMS empezó a utilizar la antipoliomielítica oral, que sigue usándose y es una de las vacunas consideradas más seguras. La vacuna Sabin se aplica a los dos, cuatro y seis meses de vida y luego, otras dosis entre los quince y dieciocho meses y entre los cinco y seis años de edad.



Albert Sabin, a partir de los estudios de Salk, perfeccionó la vacuna que se aplicó durante largas décadas.

Fuente: *Instituto Sabin*.

Los nombres de Salk y Sabin son siempre mencionados como los responsables del tratamiento y erradicación de la poliomielitis. Lo cual no deja de ser cierto, pero excluye el nombre de la bacterióloga Isabel Morgan que, en 1944, formó y dirigió un grupo de investigación en la Universidad Johns Hopkins, de Baltimore, y realizó el indispensable descubrimiento de la vía de entrada del virus, al establecer que la misma era la digestiva y no la respiratoria. Asimismo, detectó la existencia de tres tipos de virus y desarrolló la primera

vacuna experimental, aplicada a chimpancés en 1948, y abrió el camino al tratamiento con virus vivos (López Goñi, 2020).



Isabel Morgan, bacterióloga, que realizó los primeros descubrimientos fundamentales para la elaboración de la vacuna antipoliomielítica.

Fuente: *Stem Women*. Recuperado de <https://stemwomen.eu/la-desapercibida-bacteriologa-que-hizo-posible-la-vacuna-contr-la-poliomielitis/>

Estados Unidos se resistió a exportar la vacuna, pero la gravedad de la epidemia en Argentina la pusieron como prioridad número uno a nivel mundial y recibió el apoyo de la ONU y de la OMS, la primera partida fue de 470 000 dosis. En Buenos Aires se asignaron 44 escuelas para la inmediata aplicación de las vacunas. Los requisitos para esa primera partida: niños de entre seis meses y tres años, los más afectados. Gradualmente se fue incorporando al resto. La segunda partida, con 600 000 dosis, permitió extender la vacunación y la enfermedad empezó a ceder.

En la Argentina, desde temprano, se buscó universalizar la vacunación, a través de su obligatoriedad y gratuidad y allí fue de mucha importancia la función de control de las escuelas, donde también se realizaban campañas de inmunización. Así, Argentina se transformó en el primer país libre de polio en América Latina.

Bibliografía

- Alba, Santiago (2017). *Ser o no ser (un cuerpo)*. Barcelona: Seix Barral.
- Álvarez Cantalapiedra, Santiago (2017). Introducción a dossier Capitalismo y cuerpos frágiles. *Papeles de relaciones ecosociales*, 137.
- Álvarez, Adriana (2014). *La presencia de la poliomielitis en el siglo xx en Argentina, Chile y Uruguay*. Trabajo presentado en VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Lima, Perú.
- Armus, Diego (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870–1950*. Buenos Aires: Edhasa.
- Barry, Carolina, Ramacciotti Karina y Valobra Adriana (eds.). (2008). *La Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión*. Buenos Aires: Biblos.
- de Paz Trueba, Yolanda (2010). *Mujeres y esfera pública: la campaña bonaerense entre 1880 y 1910*. Rosario: Prohistoria.
- Donoso, Alejandro y Arriagada, Daniela (2019). El niño con enfermedades infecciosas en las artes visuales: Pintura. *Revista chilena de pediatría*, 90 (5), 545–554. Recuperdo de <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i5.1249>.
- Domínguez, Silvia (2020). La polio en la Argentina. *Tantalia, La palabra en el umbral*, 17.
- Guy, Donna (2011). *Las mujeres y la construcción del Estado de Bienestar: Caridad y creación de derechos en Argentina*. Buenos Aires: Prometeo.
- Illescas, Jon E. (2017). El cuerpo sitiado. Cuerpos sentidos, sometidos y representados por la industria del capital. *Papeles de relaciones ecosociales*, 137, 91–103.
- Lojo, María Rosa (2014). Memoria, género y enfermedad. *Mundo, mi casa*, de Maria Rosa Oliver. (n.d.) *The Free Library*. Recuperado de <https://www.thefreelibrary.com/Memoria%2c+genero+y+enfermedad+en+Mundo%2c+mi+casa%2c+de+Maria+Rosa+Oliver.-a0413708610>.
- López Goñi, Ignacio (2020). Isabel Morgan, la investigadora que hizo posible la vacuna contra la polio. *The Conversation*, (s. d.).

Berlanga, Angel (26 de octubre de 2014). Molfino, Miguel Ángel: La enfermedad y sus secuelas. *Página 12, Radar Libros*.

Otaño Sahores, Arturo (2011). *Historia de la Ortopedia Argentina*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología.

Ramacciotti, Karina (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos.

Rustoyburu, Cecilia (2019). *La medicalización de la infancia. Florencio Escardó y la nueva pediatría en Buenos Aires*. Buenos Aires: Biblos.

Testa, Daniela (2013). *Curing by doing: la poliomielitis y el surgimiento de la terapia ocupacional en Argentina, 1956–1959*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 20 (4), 1571–1584.

Testa, Daniela (2012). La lucha contra la poliomielitis: una alianza médico-social, Buenos Aires, 1943. *Revista Salud Colectiva*.

Testa, Daniela (2011). Poliomielitis: la “herencia maldita” y la esperanza de la rehabilitación. La epidemia de 1956 en la ciudad de Buenos Aires. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 5 (2).

Walsh, Rodolfo (1966). *Esa Mujer. Los oficios terrestres*. Buenos Aires: Editorial Jorge Álvarez.

Prejuicios y estigmatización Consecuencias psicosociales del Mal de Hansen

Irene Molinari

El Mal de Hansen o, como se la conoce hace miles de años, lepra, se piensa que se ha erradicado. La confusión reside en considerar como sinónimos los términos eliminación y erradicación. Mientras que eliminar significa que hay un enfermo cada diez mil habitantes, erradicación expresa que no hay ningún enfermo más. Pese a las metas y objetivos propuestos por la Organización Mundial de la Salud [OMS] aún en el año 2020 persiste la lepra en diversos países.

Pero ¿qué es la lepra? Es una enfermedad infecciosa causada por una bacteria.²² Sin un tratamiento precoz afecta la piel, los nervios periféricos, las mucosas de las vías respiratorias y los ojos. Por lo tanto, causa deformidades, dolor crónico y compromete el sistema inmunológico. Su evolución es lenta, no es hereditaria y se transmite por contacto íntimo y prolongado de una persona enferma con otra sana susceptible.

Si nos remitimos a la definición de salud, propuesta por la OMS, es el estado de bienestar físico, mental y social de las personas. Si consideramos esta definición, se requiere para una buena recupera-

²² Denominada *mycobacteriumleprae*. Fue descubierta en 1873 por el médico de origen noruego Gerhard A. Hansen.

ción del enfermo de lepra: la medicación adecuada, la rehabilitación por las discapacidades que se pudieran producir, la terapia psicológica para el enfermo y su entorno y la intervención estatal y social para mejorar las condiciones de vida del paciente. Si la salud es un derecho y una necesidad primordial del hombre, un bien social, entonces los servicios de salud deberían ser una prioridad para el Estado. La inclusión de otros saberes de salud como parte de la atención integral del enfermo y su entorno familiar se pueden ver en el capítulo de Olga Echeverría sobre la polio. Asimismo, en todos los casos estudiados en este libro se pone en evidencia que los mejores resultados obtenidos en las diferentes epidemias han surgido de la articulación estatal con el compromiso social y el cuidado individual

En el caso de la lepra, en diversos países los enfermos no gozan de ese estado de bienestar. Por eso, se la considera una de las enfermedades “desatendidas”, dado que la mayoría de los pacientes provienen de sectores vulnerables: falta de acceso al agua potable, viviendas precarias, entornos contaminados, ingresos insuficientes, mala alimentación.

No obstante, no se puede desconocer que durante el siglo xx se han realizado numerosos adelantos en pos de la cura del enfermo. En este período se probaron diversos tratamientos. Así, se trató con aceite de chaulmoogra que si bien en un primer momento habían hecho entrever grandes éxitos, las investigaciones posteriores demostraron magros resultados. En los años de 1940 el descubrimiento de las sulfonas dio un giro importante en la eficacia del tratamiento, aunque no se logró poder dar de alta al paciente. En el año 1982 las investigaciones lograron descubrir que con una multidroga o poliquimioterapia el enfermo alcanzaba el alta definitiva. En 1989 prácticamente todos los países habían adoptado la medicación. Esta respuesta favorable hizo que la OMS difundiera el eslogan de la “Erradicación de la lepra para el año 2000”. Sin embargo, el grupo de leprólogos abocados al problema se opusieron a esta afirmación por considerar poco probable su erradicación, lo que obligó a la OMS a cambiar la meta por “Eliminación de la lepra para el año 2000”.

Cuando las metas son fijas, los expertos sostienen que aquellos que trabajan en los programas oficiales, tienden a alcanzarlas por cualquier medio, para cumplir las disposiciones gubernamentales y de la OMS. Así sucedió en la India y en varios países de África, en los que si un paciente abandonaba el tratamiento, lo consideraban curado, lo daban de baja en los registros y así lograban disminuir la prevalencia (Rodríguez, 2003). En los países endémicos, la prevalencia ha disminuido, pero no así la incidencia.²³ En el mundo se calcula que en la actualidad existen más 280 000 enfermos registrados, el 82,5 % del total de contagiados se encuentran en la India (63 %), Brasil (11,7 %) e Indonesia (7,8 %). En América, catorce países tienen casos de lepra, de los 27 000 nuevos casos cada año, Brasil registra 25 218. En la Argentina se calcula que existen alrededor de 400 casos por año, distribuidos principalmente en las provincias del NEA, NOA, Ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense. Es importante tener presente que las migraciones internas condicionan la posibilidad de tener un enfermo de lepra en cualquier punto del país. Además, 10 de cada 100 enfermos son niños y niñas.

Como expresa Terencio de las Aguas, experto de la OMS, la lepra forma parte del patrimonio de pobreza, miseria y dolor de la humanidad, debido a la estigmatización social y el rechazo de los sanos hacia los enfermos. Según este experto, no existe otro ejemplo en la historia de negación de los derechos humanos y crueldad colectiva sobre dos millones de personas cuyo supuesto delito fue contraer la lepra.

Para los años de 1980 se había supuesto que sí se pudo erradicar la viruela o peste negra, una de las plagas más mortífera de la humanidad, con un programa de vacunación, universal, obligatoria y compulsiva, de igual manera se podría erradicar la lepra. Sin embargo, las condiciones específicas y determinados componentes socioeconómicos favorecieron la introducción de la bacteria en el

²³ La prevalencia se refiere a la cantidad total de enfermos, mientras la incidencia nos indica el número de casos nuevos de una enfermedad.

huésped. La bacteria actúa en organismos con bajas defensas, con déficit nutricional, hacinamiento, pobreza, factores que impiden su erradicación, asociación que también había sido letal en el caso de la fiebre amarilla que relata el capítulo de Paz Trueba y que Armus, del mismo modo, señala como agravante en la actual pandemia de covid-19, ambos en este mismo libro.

Los enfermos y las consecuencias psicosociales

Los distintos testimonios de los enfermos, convivientes y recuperados son similares aunque provengan de distintos países.

La lepra se la ha considerado una enfermedad maldita o un castigo de Dios por las marcas profundas corporales y las deformaciones que producía cuando se ignoraba la cura. Además, a los enfermos se los acusaba de una moral indeseable que se extendía al grupo familiar. La sociedad los relegó al abandono o al confinamiento forzoso hasta buena parte del siglo xx. Los cuerpos afectados, que causan repulsa, que “son resultado de un castigo” se pueden comparar con las experiencias vividas por los primeros infectados por VIH-sida, cuestión abordada también en este libro.

En la Argentina después de bregar los dermatólogos por una ley de profilaxis contra la lepra se sancionó en 1926, la ley 11359 de Profilaxis y tratamiento de la lepra. En ella se establecía la denuncia obligatoria del enfermo y la reclusión permanente en sanatorios colonias, debiéndose construir a cincuenta kilómetros de una zona urbana. Quedaba prohibido el matrimonio entre los enfermos y el de una persona sana con un infectado, mientras que a los hijos menores o recién nacidos sanos se los separaba de sus padres y debían ser trasladados a asilos comunes bajo observación prolongada.



Padres e hijos con lepra.
Fuente: Mendioroz, 1930.

En pleno siglo XXI, aún hay más de cincuenta países en el mundo que legislan a espaldas de los enfermos y en la mayoría de los casos son tratados como parias.

En la Argentina de haber casos aislados a fines del siglo XIX, pasó a convertirse en una epidemia a principios del siglo XX. ¿Qué significa una epidemia? Cuando todos los años se producen casos nuevos y autóctonos en determinada zona geográfica y afecta a un número importante de personas.

¿Cuáles fueron los posibles motivos para que se convirtiera en una epidemia?

Los pocos casos registrados, especialmente con respecto de otras enfermedades, llevó al Estado y a los facultativos, en general, a minimizar el problema; las resistencias ejercidas por la sociedad civil, que consideró que la concentración de enfermos en sus jurisdicciones lesionaban las economías regionales y su propia seguridad frente al contagio. La inestabilidad política fue otro factor que lentificó o paralizó la continuidad de los programas de lucha antileprosa.

Otra de las causas significativas fue la discriminación de los enfermos, algo que como plantea en este mismo libro el texto de Iriani

y Bilbao no se puede reducir a la lepra. Eran despedidos de sus trabajos sin posibilidades de poder ser incorporados en otros empleos. Al conocer su enfermedad, los vecinos también bregaron por expulsarlos de su propia casa, del barrio e incluso, del pueblo. La mayoría provenía de zonas rurales, con pocos recursos y, generalmente, emigraban a las grandes ciudades donde podían ocultarse y encubrir su enfermedad. Por ende, trajo aparejado el desplazamiento del foco de contagio y el aumento sostenido de los casos.

Cuando todavía no se contaba con una medicación eficaz ni un tratamiento para evitar las dolencias, los relatos de los enfermos registrados en las primeras décadas del siglo xx daban cuenta de la persecución y calumnia de las que eran objeto. El estigma caía sobre ellos debido a que los sanos por miedo, repugnancia, incompreensión, ignorancia y prejuicios, los rechazaban y los segregaban.

Ser relegados por la sociedad, acusados de *verdaderos parásitos*, desarraigados de su hábitat y de su familia, los llevaba a estados de estrés provocándoles depresiones profundas, modificaciones en el carácter, tornándolos irascibles, agresivos, ansiosos. De esta manera, importaba más la apariencia física que los padecimientos y dolores propios de la enfermedad.

Si revisamos las discusiones legislativas en el parlamento argentino o los debates en la prensa, durante las primeras décadas del siglo xx, a los enfermos se los denominaba con distintas expresiones peyorativas y denigrantes tales como ropa sucia, repugnantes, parásitos, tarados. Iguales términos se utilizaban para nombrar a la lepra: la cloaca de la República, tara tóxica, apetosa endemia.

Aún en pleno siglo xxi sirve para denigrar a personas y comportamientos. El estigma, los prejuicios y la ignorancia aún perduran, aunque se haya encontrado la cura a la enfermedad. El estigma sigue siendo una de las causas para que el paciente no concorra al médico, no se pueda alcanzar un diagnóstico y por ende, no reciba un tratamiento.

Actualmente en el mundo, entre dos y tres millones de personas viven con discapacidades relacionadas con la lepra. y para ellas, la

discriminación puede ser peor que la enfermedad misma. El testimonio de una enferma hindú así parece indicarlo “Padecí exclusión social, estigmatización y discriminación. Fue desgarrador. Me sumí en la depresión y perdí las ganas de vivir” (RachnaKumari, 2019).



Fuente: OMS, 2016.

En España, el Sanatorio San Francisco de Borja–Fontilles es el último de Europa en el cual residen pacientes con el Mal de Hansen o ya recuperados. Los residentes son alrededor de cien enfermos y su permanencia en el Sanatorio después de treinta o cuarenta años, se debe a las secuelas que les dejó la lepra, a la edad avanzada o fundamentalmente, a la desconexión social. Los relatos indican que han sido marginados socialmente, incluso hasta nuestros días, lo que indica la ignorancia que tiene la sociedad sobre la lepra. En su momento, debieron recluirse en su casa hasta que por sus vecinos y amigos se vieron obligados a abandonar sus pueblos natales. Por eso, en pleno siglo XXI, manifiestan que no quieren fotos, ni que aparezcan sus nombres, debido al estigma y marginación que sufre el resto de la familia.

Con respecto a la Argentina, en el Sanatorio–Colonia Baldomero Sommer, en General Rodríguez, provincia de Buenos Aires, residen en la actualidad trescientos cincuenta pacientes negativizados que

fueron internados alrededor de los años de 1950. Hombres y mujeres jóvenes o niños en ese momento, que cuando pudieron optar en los años setenta por volver a su provincia, la familia se había desmembrado. Por temor a la discriminación y a la exclusión social optaron por quedarse en la colonia.

En los años noventa aún podemos ver los rastros de estigmatización. El testimonio de un paciente a quien le descubrieron lepra por esos años relató “cuando me detectan la enfermedad, estaba en Bahía Blanca. Cuando la dermatóloga me dijo que tenía lepra se me vinieron a la cabeza todas esas películas de los tiempos bíblicos. Fue terrible, tanto que no me animé a decirle ni a mis amigos. Además, tenía miedo de que mis hijas adolescentes fueran discriminadas” (La Nueva, 2008).

Para el enfermo, indudablemente, era una gran preocupación su familia, especialmente, los hijos. En la memoria colectiva quedaron grabados aquellos años en los cuales los hijos sanos quedaban a la deriva y eran segregados por el entorno, pues no había quienes los quisieran cobijar, ni parientes, ni amigos, ni lugares apropiados para alojarlos. La situación se agravaba cuando a los padres se los internaba.

El estigma, el miedo, perdura hasta nuestros días y alcanza a los enfermos que no tienen lesiones. Son muchas las situaciones en las que las personas afectadas se ven excluidas de la sociedad, incluso muchos niños son separados de sus padres por padecer lepra o son expulsados de la escuela por tener algún familiar enfermo, a pesar de que el 80 % de la población es inmune a la lepra. En cuanto a la familia, pasa por distintas fases de la enfermedad al igual que el paciente: frustración, resentimiento, ansiedad y miedo.

Una de las consecuencias más graves es la discapacidad. Se estima que el 25 % de los enfermos desarrollan insensibilidad o severas deformidades en las manos y los pies. Entre las enfermedades transmisibles, la lepra se la considera la mayor causa de ceguera junto con el tracoma. En 2016, de las 214 783 personas registradas por organismos oficiales y que fueron diagnosticadas, 12 437 sufrieron algún

tipo de discapacidad de forma grave. Entre 2016 y 2017, de los 1 761 niños diagnosticados de lepra, 38 desarrollaron una discapacidad visible.



Discapacidad grado 2.
Fuente: Revista de leprología, Fontilles.

Las prácticas de confinamiento

Ser enfermo de lepra y pobre era condición suficiente para perder el estatus de ciudadano, sujeto de derechos constitucionales. El enfermo dejaba de decidir sobre sí, al igual que un condenado por razones delictivas. Perdía la condición de ser un ciudadano necesitado de cuidados médicos. De esta manera, al individuo poseedor de una enfermedad contagiosa rápidamente se lo rotulaba como una amenaza, un enemigo público y por lo tanto, era necesaria la intervención de las fuerzas represivas tales como la policía o el ejército para separarlo de su familia, recluirlo por tiempo indeterminado o sofocar los conflictos protagonizados por los enfermos de lepra.

En Brasil, después de la apertura del Leprosario de Itapuã, en 1940, la lepra era una enfermedad de notificación obligatoria y compulsiva. La denuncia la hacía el médico, pero también denunciaban parientes, vecinos, empleadores, farmacéuticos, entre otros. Aquellas personas que ocultasen o dificultasen el trabajo de los agentes

sanitarios para detener y confinar a los enfermos eran multadas (do Nascimento et al., 2010).

Las prácticas de confinamiento extendidas por Europa, Asia y América, llegaron a la Argentina con la construcción y habilitación de los sanatorios–colonias a fines de la década del treinta y principios de los años cuarenta. Sin embargo, para esos años los distintos Congresos Internacionales planteaban el cierre de los sanatorios colonias, dado los avances en la detección precoz de la enfermedad. Sin embargo, siguieron funcionando durante treinta años más, como una “barrera defensiva” entre los sanos y los enfermos, pues estos seguían constituyendo, en el imaginario social, un elemento peligroso para la sociedad. Lo mismo sucedía en casi todos los países sudamericanos, entre ellos, Colombia, Brasil, Perú, Venezuela y Guayanas.

Si bien en 1948 se acordó abandonar la política de segregación obligatoria, no obstante en el año 2020 existen 2 000 colonias y pueblos para enfermos de lepra en el mundo. Alice Cruz, experta independiente de las Naciones Unidas, indicaba que las desigualdades estructurales refuerzan la exclusión, la violencia y comprometen los derechos humanos como la dignidad, la igualdad y la no discriminación.

En la Argentina, a partir de la inauguración de los sanatorios–colonias y a medida que se derivaban los enfermos a estos, tuvieron que ampliar los pabellones. Las autoridades sanitarias pensaron que con ello se lograría la supresión de los focos de contagio, permitiría el control riguroso del aumento, y obtener la disminución de la enfermedad en las diferentes regiones del territorio de la nación. Sin embargo, no se frenó el aumento de casos, ni disminuyó la mortalidad.

Los sanatorios–colonias estaban instalados en un predio de varias hectáreas donde se construyeron pabellones para los enfermos y edificios para la administración, los médicos y enfermeras, zonas bien delimitadas y separadas. También existían consultorios, secciones correspondientes a la cocina, capilla, lavandería y otras dependencias. Además, existía un lugar al aire libre o una salita pequeña en caso de lluvia, donde el enfermo podía recibir a las pocas visitas

que tenía, pero lo hacían a través de un tejido de alambre que no les permitía tener ningún contacto entre ellos.

Las enfermeras eran las monjas Franciscanas Misioneras de María, con experiencia en África, China, Brasil y el norte argentino. También los enfermos realizaban tareas de enfermería y trabajaban en el hospital como idóneos *cuando se enfermaba una persona no lo dejamos solo, lo cuidábamos, nos turnábamos, hasta que se moría* (Adolfo, 2018).

La mayoría de los internados provenían de las zonas rurales y endémicas de la Mesopotamia: Misiones, Santa Fe, Corrientes, Entre Ríos, Formosa y Chaco; también de países limítrofes, aunque la ley lo prohibía. Generalmente eran derivados por el médico de su ciudad o pueblo, o en menor medida, denunciados por los vecinos. Cuando el enfermo era menor, el médico procuraba que la familia lo aislara del resto de los miembros, antes de decidir su internación. Si bien en las grandes ciudades como Rosario, Buenos Aires o Resistencia se tenía acceso a un tratamiento precoz, no sucedía lo mismo en el interior de las provincias endémicas cuya población carente de recursos estaba muy alejada de una adecuada asistencia médica y más aún de los centros de especialización. “En caso de que me hubieran hecho un tratamiento precoz, en ese momento existían las sulfonas, podría haber evitado las secuelas” (Adolfo, 2008).

Los que llegaban a los sanatorios–colonias eran los sectores más pobres, personas que en su propia vivienda carecían de los elementales servicios sanitarios, con idiosincrasias diferentes, con una carga emocional fuerte. Aquel enfermo que contaba con recursos suficientes “buscaba un médico personal, le pagaba, le conservaba el secreto, no lo fichaba como enfermo de lepra, no tenía estigma [...] con plata no hay lepra” (Adolfo, 2018). Esta situación generaba en los enfermos indignación, miedo y tristeza.

A principios del siglo xx, los higienistas relacionaron el problema con el peligro y degeneración de la raza al sostener que la lepra era hereditaria; debatieron sobre el concepto de enfermedad, sobre lo normal y lo anormal, ideas sostenidas por la eugenesia. Estas ideas

permitieron legitimar medidas para proteger a la población sana a costa de los derechos de los enfermos. Fue así que hacia los años treinta, en la Argentina, si bien la ley 11359 no había previsto la interrupción del embarazo, algunos médicos la justificaron alegando las condiciones deplorables de las mujeres enfermas y el destino fatídico de los niños al nacer. Algunas entrevistadas relataban que algunos médicos de los sanatorios–colonias, por pedido de las mujeres internadas, las esterilizaron. Muchas preferían la esterilización al dolor que sentían por separarse de sus hijos y también quizás evitar el sentimiento de culpa si les transmitían la lepra. Una enferma le relataba al cronista “Alcancé a verlos cuando los tuve después se los llevaron. Ni tenerlos un rato, ni tocarlos, ni nada. Y sí, después le mandan la foto y le dicen cómo están [...]” (Walsh, 1965). Las parejas se *juntaban*, dado que no se podían casar y algunas tenían hijos. Aun así los bebés eran separados de sus madres y llevados a la colonia Mi Esperanza, a cargo del Patronato de leproso de la República Argentina. Más dramática era la situación de los padres internados en los sanatorios de las provincias del norte que no tenían posibilidad de ver a sus hijos y se les enviaban periódicamente sus fotografías.

Esta situación se fue modificando cuando la ley autorizó el matrimonio entre leproso o entre un leproso y un sano, para poder conservar los hijos con sus padres.

En el informe de las Naciones Unidas se llega a la conclusión de que las mujeres están más expuestas a padecer discriminación y violencia, así como a desarrollar deficiencias y discapacidades físicas relacionadas con la lepra. En muchos de los países donde existe esta enfermedad, las mujeres tienen una condición social inferior, por lo que sienten vergüenza y tratan de esconder los síntomas de la dolencia. Para acceder a la atención médica, a menudo necesitan de la autorización de sus maridos o familias, que no siempre se las otorgan.

En los sanatorios–colonias, los internados no siempre tomaron con pasividad las medidas implementadas por las autoridades, las que motivaron el estallido de diversos conflictos.

En el caso argentino, algunos de estos conflictos se debieron a

que los sanatorios se vieron desbordados con la cantidad de pacientes confinados, y por lo tanto, los inconvenientes crecían y se complejizaban. Uno de los problemas era que los enfermos se negaban a ser institucionalizados y recurrían a las fugas, a pesar de que los sanatorios estaban rodeados de alambradas olímpicas para que no pudieran escaparse. Los enfermos no siempre acordaban con la internación y menos con el encierro que los volvía intolerantes y hostiles, con lo cual las fugas eran una práctica habitual.

En ocasiones se registraban por breves lapsos hechos de sangre, que creaban verdaderos problemas para la policía. Por eso, los sanatorios contaban con una cárcel para quienes cometían delitos dentro de allí, como también para presos enfermos traídos de otros lugares. Los delitos eran por peleas entre los enfermos, se emborrachaban enfrentándose, incluso provocando la muerte del contrincante. Otro motivo para ser detenidos era el contrabando, pues al estar confinados en forma permanente comenzaron a demandar elementos que no eran proporcionados por las autoridades del sanatorio, como por ejemplo, bebidas alcohólicas, frutas, ropa interior, cremas e incluso, artículos de tocador.

Una cuestión frecuente la constituía la indefensión de los enfermos. En este sentido, un problema recurrente era la apropiación de bienes y dinero de los enfermos por parte de los familiares o personas a cargo de custodiar sus bienes.

Además de los sanatorios–colonias, también algunos hospitales públicos como el Muñiz, en Capital Federal o la Sala VI del Hospital Carrasco en Rosario cumplieron una función similar aunque con mayores posibilidades de movilidad. Los leprólogos que combinaban la práctica médica con la investigación tuvieron un contacto más cercano con los pacientes internados. Así lo reconocían los enfermos que expresaban que el leprólogo cumplía una *función social*, los denominaban *los cruzados de la ciencia*, en razón de los sacrificios personales que generaba la dedicación a la enfermedad: el tiempo prolongado que le dedicaban al tratamiento del enfermo y a la in-

vestigación, la poca remuneración por su trabajo y la posibilidad del contagio.

Un estudio sobre los internados en el Hospital Carrasco en los años de cuarenta estableció que de 314 enfermos, 204 habitaban casas de inquilinato, 72 en casillas de madera y 38 en viviendas particulares de mampostería. Además, 55 familias convivían en una sola pieza con una única abertura y 241 con dos aberturas (puerta y ventana). Esta situación de *promiscuidad forzada* había dado por resultado numerosos casos nuevos, especialmente, entre los niños. En su momento, Hansen había sostenido que *la lepra iba inexorablemente acompañada de la miseria*.

En los años sesenta, con las nuevas terapéuticas, los prólogos volvieron a cuestionar el aislamiento riguroso y los sanatorios–colonias. Los nuevos tratamientos demandaron cambios radicales basados en una profilaxis activa y dinámica y pusieron en evidencia el anacronismo del sanatorio–colonia.

Sin embargo, a pesar de la eliminación del confinamiento, aun en el año 2020 la permanencia del estigma se concreta en el trato que reciben los enfermos cuando se conoce su padecimiento. La actitud ante la enfermedad está basada en arraigados prejuicios que no son superados con la desarticulación de la mayoría de las colonias.

Estrategias y objetivos trazados por la OMS

Las estrategias de la Organización Mundial de la Salud para eliminar la lepra han sido diversas. Lo que se persigue es establecer un marco a partir del cual los diferentes miembros asociados puedan elaborar sus propias estrategias y planes de acción.

En la 51 Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1998 se reconocían ciertos progresos, pero en algunos países existía una alta tasa de prevalencia. Por eso, se propuso como objetivo la eliminación de la lepra como problema de salud pública antes del año 2000. Sin embargo, llegado ese año si bien hubo países que pudieron eliminar

la lepra como problema de salud pública, no lograron disminuir la discriminación y el rechazo hacia el enfermo y su familia, pautas culturales arraigadas ancestralmente y reforzadas por la propia legislación de los estados que profundizaron el estigma. Por eso, la estrategia que se propuso la OMS para el 2006/2010 fue comprometer a los estados miembros para eliminar la discriminación hacia los enfermos y sus familiares, los cuales debían ser tratados con “dignidad, garantizándoles sus derechos humanos y libertades fundamentales”.

En América, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en su Resolución CD49.R19 definió un grupo de enfermedades infecciosas relacionadas con la pobreza como Enfermedades Infecciosas Desatendidas [EID] como era el caso de la lepra. Para ello, estableció metas de control o eliminación para el año 2015.

La mayoría de las EID afectan, como hemos mencionado, a las poblaciones pobres y marginadas, con pocos recursos y con escaso acceso a las oportunidades para mejorar la calidad de vida. Estas enfermedades tienen un enorme impacto sobre los enfermos, su entorno familiar e incluso las comunidades de los países en desarrollo, debido a la pérdida de productividad, empeoramiento de la pobreza y los altos costos de la atención médica a largo plazo.

En esta misma dirección y antes de finalizar el 2010, la OMS continuaba con la estrategia aprobada en el 2000, pero puso el énfasis para el 2011–2015, sobre los servicios de salud. La mayoría de los enfermos no tenían una atención adecuada y no les llegaba la medicación provista gratuitamente por la OMS. Por lo tanto, la meta era reducir la carga de enfermedad en términos de la detección de nuevos casos y en términos de reducción de la discapacidad, el estigma y la discriminación que aún persistía. Esta meta incluía la rehabilitación social y económica de las personas afectadas.

Los países de la región fueron incorporando los principales objetivos de esta *Estrategia Mejorada*. Para ello, fortalecieron el monitoreo, la supervisión y vigilancia y la capacidad técnica de los trabajadores de la salud. Con la implementación de la misma, los países pudieron

reducir los casos de lepra, aunque todavía persistían conglomerados de casos y población no atendida por los programas de control.

Si bien el número de enfermos frente a otras enfermedades o la actual pandemia de la covid-19 es moderado, constituye un problema de salud pública debido a las discapacidades físicas y sociales permanentes que produce si no se la diagnostica a tiempo y si no se aplica el tratamiento adecuado.

Para fines del 2015 la revisión de las estrategias propuestas concluyó que los problemas más significativos eran, por un lado, el retraso en la detección de nuevos pacientes y, por otro, persistía la discriminación contra las personas afectadas por la lepra. Dos factores que contribuían a la transmisión de la enfermedad.

De modo que, la estrategia que se propuso la OMS para los países miembros y como meta para el 2030 es implementar una cobertura universal de salud, con interés especial en los niños, las mujeres y los grupos vulnerables.

Además, considera que es necesario incorporar intervenciones específicas contra la estigmatización y la discriminación por causa de la lepra. Lo que se espera de los países miembros es que haya una disminución notable (cuantificable) del estigma y la discriminación por causa de la lepra, a partir de políticas que promuevan la inclusión social. No obstante, las experiencias a lo largo de la historia revelan que los prejuicios, el miedo, las valoraciones sobre el “otro” son muy difíciles de cuantificar y de eliminar.

En la Argentina, como país miembro de la OMS, a través del Ministerio de Salud de la Nación y las sociedades dermatológicas han seguido las estrategias de esta Organización. En este sentido, la Sociedad Argentina de Dermatología ha sido muy activa implementando las campañas de difusión y prevención. Sostiene que en la última década, la mayoría de los casos de lepra diagnosticados ocurren en el área endémica de la enfermedad.



Fuente: Programa de Dermatología Sanitaria, 2020.

Si bien en nuestro país se eliminó la lepra, es decir, hay un enfermo cada 10 000 habitantes, hay provincias que están por encima de ese número como lo indica el mapa.

En la actualidad se hallan en tratamiento 2 042 personas ubicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincias de Buenos Aires: le siguen Chaco, Formosa, Corrientes, Misiones, Santa Fe, Entre Ríos, Córdoba, Santiago del Estero, Tucumán, Salta y Jujuy. A estos datos deben sumarse 400 casos nuevos por año y unos 1 300 casos sin diagnosticar, lo que se conoce como la “tasa oculta”, según los datos que proporciona el Programa Nacional de Lepra, dependiente del Ministerio de Salud.

En el Hospital Ramos Mejía de la Ciudad de Buenos Aires se atienden por mes entre 25 y 30 enfermos de lepra y solo 19 personas siguen el tratamiento. En los hospitales públicos argentinos los

medicamentos son distribuidos en forma gratuita y el tratamiento es ambulatorio, es decir, no se necesita estar internado. Por eso, la Asociación Argentina de Dermatología insiste sobre la importancia de informar a la población sobre los síntomas de la lepra, la atención temprana y la posibilidad cierta de su curación.

En el caso de la provincia Santa Fe, Rosario se ha destacado desde los años treinta por la práctica médica y las investigaciones en lepra, convirtiéndose en un Centro de Leprología Internacional de la mano de los Dres. Enrique Fidanza y sus discípulos José M. M. Fernández y Salomón Schujman. Así descubrieron el fenómeno de hipersensibilidad conocida como reacción Fernández–Mitsuda, y los posibles beneficios de la BCG en enfermos de lepra. Esta provincia está atenta a las diversas estrategias de la Organización Mundial de la Salud. Así realizan periódicamente controles de prevención.

Una de las medidas adoptadas por la Secretaría de Salud de Santa Fe, hasta que no se encuentre una vacuna contra la lepra, es brindar cursos de capacitación al personal de salud, para que el profesional médico piense en lepra como un posible diagnóstico. También, estimulan a la población a que realicen consultas tempranas a través de las campañas de difusión masiva, y enfatizan que las discapacidades asociadas a la lepra se pueden prevenir si cada uno de los ciudadanos se responsabiliza en el rol que tiene en la sociedad.

En el caso de Misiones, hay enfermos que todavía llegan a la consulta con un avance importante de la enfermedad. El problema subsiste porque viven en zonas rurales, en los montes y no tienen recursos para llegar al hospital. O bien, los enfermos siguen reclusándose en sus casas por el temor a ser discriminados.

Con respecto a Formosa, el Programa Provincial de Prevención de la Lepra pone el acento en la detección y tratamiento temprano para evitar discapacidades permanentes y de esta manera reducir el contagio. La provincia suma unos 70 pacientes en tratamiento, mientras que los casos nuevos por años se estiman entre 30 a 40 enfermos. Debido a que esta enfermedad comienza con una mancha,

las personas minimizan la importancia de ir a un médico y por lo tanto cuando llegan al profesional la enfermedad está avanzada.

En la provincia de Corrientes, el dispensario dermatológico informa que en relación con otras zonas del país, Corrientes presenta también una tasa alta de enfermos de lepra. En la actualidad contabilizan alrededor de 26 enfermos, sin contar los casos nuevos cada año.

Según los casos atendidos por el Dispensario, los más afectados son los jóvenes entre veinte y treinta años. No es frecuente la atención de niños menores de tres años. El consultorio dermatológico atiende a correntinos que llegan del interior de la provincia y a enfermos de las provincias cercanas como Formosa y Entre Ríos.

Con respecto al Chaco, el Centro Provincial Dermatológico “Dr. Manuel M. Giménez”, lleva adelante el Programa Provincial de Control de Lepra. En el 2011 se registraron 129 pacientes bajo tratamiento, mientras los casos nuevos fueron 51, en el 2017 hubo 64 casos de lepra y en el 2018, 34 casos. Si bien es una enfermedad que va en descenso, no desaparece, por eso se realizan campañas constantes de control y prevención. Estas campañas consisten en informar a la población sobre la transmisión, los síntomas y el tratamiento.



Dispensario Dermatológico – ciudad de Corrientes.
Fuente: Periódico *Época*, Corrientes, 8/10/2018.

Según un estudio realizado en el Instituto de Medicina Regional de Resistencia, en el 2006, las áreas de endemia oculta están integradas por pacientes con abandono de tratamiento, enfermos no diagnosticados y comunidades cerradas como es el caso de las poblaciones rurales dispersas y aborígenes, situación que se agrava debido a que hay evidencias de existencia de infección y enfermedad en animales silvestres. En la zona nordeste del Chaco existe la mayor concentración de la etnia Toba (4 901 personas). Se registra una prevalencia de 4,5 por 10 000 habitantes siendo la mayor del país y de la provincia que es de 2, 6 por diez mil habitantes. El resultado del estudio determinó que el 100 % no dispone de agua potable, ni luz eléctrica y solo uno tiene baño instalado y en funcionamiento. El 26 % de los casos registrados sufren algún tipo de discapacidad por no ser tratados precozmente.



Paciente, con los primeros síntomas.

Fuente: Dominio público.

Además, la Red Provincial de Salud Pública del Chaco y las organizaciones no gubernamentales realizan actividades de capacitación del personal de salud y educación sanitaria en lepra; visitas y

seguimiento de pacientes en hospitales y puestos sanitarios del interior provincial. Los obstáculos que detectaron fueron las irregularidades en la provisión de la medicación, en el cumplimiento en el tratamiento y abandono de enfermos.

Avances logrados y dificultades sin resolver

Los avances en la reducción de casos de lepra se deben a diversas causas. Por un lado, la confirmación de que es una enfermedad que puede tratarse en los hospitales y centros de atención primaria de salud. Por otro, la distribución gratuita de la medicación que proporciona la OMS y distribuye entre los países miembros; el compromiso de los Ministerios de Salud nacionales y sus respectivas dependencias provinciales de eliminar la lepra. Sin embargo, persiste una tasa de prevalencia superior a las metas propuestas, como es el caso de Brasil y algunas jurisdicciones regionales.

Si analizamos las estrategias y sus logros podemos señalar que se consolidaron los principios de detección oportuna y aplicación de la quimioterapia en forma eficaz, en el contexto de los servicios integrados de atención de la lepra; se perfeccionaron las medidas conjuntas y se fortalecieron los esfuerzos mundiales orientados a hacer frente a los retos en el control de la lepra, lo que implicó disminuir las discapacidades.

Resaltamos la estrategia 2016–2020, pues fue considerada innovadora al poner el acento en mejorar la visibilidad y la importancia de los aspectos humanos y sociales que inciden en el control de la lepra. El hecho de reducir el estigma y la exclusión social permite diagnósticos más precisos y un tratamiento precoz. Algunos enfoques más innovadores incluyeron centrar más la atención en los niños, las mujeres y otros grupos vulnerables, la localización sistemática de los contactos directos y la vigilancia de la farmacoresistencia.

Desde la introducción de la poliquimioterapia en los tres últimos decenios más de 16 millones de pacientes han sido diagnosticados y

han recibido tratamiento. Sin embargo, persisten aún importantes dificultades que deben enfrentar los servicios de control de la lepra.

La detección de niños con lepra indica la persistencia de pacientes no detectados y la transmisión continua en la comunidad. El estigma y la discriminación contra las personas afectadas por esta enfermedad siguen obstaculizando la detección temprana. Muchos pacientes padecen todavía exclusión social, depresión y pérdida de ingresos. A menudo también sus familias sufren por causa del estigma.

La participación efectiva de todos los interesados directos y los profesionales de la salud del sector privado sigue siendo limitada. El personal médico, en general, desconoce sobre esta enfermedad, lo que lleva a comunicar a los pacientes y familiares una información inadecuada del problema. Al mismo tiempo, se vulnera la interacción humana de empatía por la presencia de los comportamientos basados en temores, rechazos, discriminaciones y miedo al contagio.

La atención de las discapacidades plantea dificultades en la mayoría de los países, sobre todo en el seguimiento de los pacientes con discapacidades residuales. Muchos países como los nuestros atraviesan una grave crisis económica que limita o dificulta la posibilidad de importar medicamentos y suministros para combatir la enfermedad, capacitar al personal en el tratamiento y seguimiento del paciente, implementar lugares públicos y accesibles para realizar las rehabilitaciones, montar laboratorios para los exámenes clínicos, entre otras medidas.

Al mismo tiempo, los países no han potenciado y direccionado los recursos a la poblaciones más vulnerables y por lo tanto las más afectadas por las enfermedades infectocontagiosas. En los últimos años, los países de la región han desatendido las políticas sanitarias y ha repercutido en las condiciones de vida de las poblaciones afectadas. Esta situación se visibilizó con la llegada de la pandemia de la covid-19.

Reflexiones finales

Parece utópico pensar en la erradicación de la lepra mientras no se erradique la injusticia social producto de las políticas públicas del mundo desarrollado que afectan y consolidan las desigualdades estructurales de los demás países como son los de nuestra región.

En América Latina y el Caribe viven alrededor de 582 millones de personas, de las cuales 127 millones viven en la pobreza y 50 millones viven en la indigencia. Los países latinoamericanos con una alta carga de lepra que reportan cien o más casos nuevos por año son Brasil, Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Paraguay, República Dominicana y Venezuela. Las condiciones socioeconómicas en las que viven la mayoría de estos ciudadanos favorecen el desarrollo de enfermedades infectocontagiosas como la lepra y por ende, los enfermos son discriminados y estigmatizados.

Si realmente se quiere disminuir o eliminar la carga de las enfermedades desatendidas y en particular, la lepra, es necesario que los países se comprometan y sostengan en el tiempo políticas activas y dinámicas para eliminarlas en forma integral al mejorar las condiciones de vida de esas poblaciones, y posibilitar el acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento básico, para erradicar las desigualdades en el acceso a la atención médica y rechazar la discriminación contra las niñas y mujeres al implementar políticas de educación que apunten a eliminar el estigma. Además, capacitar al personal sanitario en el control, el tratamiento y la educación de las diferentes patologías que afectan a la piel.

Al mismo tiempo, debe haber un compromiso de las comunidades afectadas y de la ciudadanía en general para transformar los condicionamientos culturales arraigados en los prejuicios y las actitudes de discriminación, por comportamientos solidarios y comprometidos para con las poblaciones vulnerables.

Bibliografía

Blanco Córdova, Carlos Alberto y Cangas García, Teresa (2012). Lepra. Impacto psicosocial. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, 25.

Chaco día por día (30 de septiembre de 2020). Se inició en la provincia la 20ª Campaña Nacional de Educación y Prevención de la Lepra. Recuperado de <<https://www.chacodiapordia.com/2019/09/30/se-inicio-en-la-provincia-la-20a-campana-nacional-de-educacion-y-prevencion-de-la-lepra/>>.

Diario Época (8 de octubre de 2018). Corrientes es una provincia con alta tasa de enfermos de lepra. Recuperado de <<http://diarioepoca.com/896879/corrientes-es-una-provincia-con-alta-tasa-de-enfermos-de-lepra/>>.

Burstein, Zuñio (2002). La lepra, enfermedad paradigmática, ¿podrá ser eliminada en un futuro cercano. *Folia Dermatológica Peruana*, 13 (2), 51–6.

Galván, Miriam y Miranda, Olga (2007). *Prevalencia oculta de la lepra en el Chaco*. Resistencia: Universidad Nacional del Nordeste. Recuperado de <https://www.yumpu.com/es/document/read/4353533/54-prevalencia-oculta-de-la-lepra-en-el-chaco-universidad->.

Goffman, Erving (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

González, Pilar (31 de enero de 2016). La lepra y sus confines. *Las Provincias*. Recuperado de <<https://www.lasprovincias.es/alicante/201601/31/confines-lepra-20160131003811-v.html>>

La Nueva (2 de octubre de 2008). La lepra es fácilmente curable, pero..... (s. d.).

Mendioroz, Julio (1930). *Historia y censo de la lepra en Salta*. Buenos Aires: La Semana Médica.

Ministerio de Salud Pública (2012) *Programa de Control de lepra y Leishmaniasis*. Resistencia, Chaco. Recuperado de <<http://www.anlis.gov.ar/inp/wp-content/uploads/2012/05/Programa-de-Control-de-Lepra-Chaco.pdf>>

Molina Vila, P. y Monleón Moscardó, A (2000). Una aproximación al conocimiento y comprensión de la lepra y del enfermo leproso. *Medicina y Ciencias Sociales*, 11. Recuperado de <<https://www.uv.es/medciensoc/num1/fontilles.html>>

Molinari, Irene (2005). Los desheredados de la vida: el primer Sanatorio–Colonia para enfermos de lepra. *Revista de Historia*, 1 (1).

Molinari, Irene (2016). *Vencer el miedo. Historia social de la lepra en la Argentina*. Rosario: Prohistoria.

Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado (24 de julio de 2019). RachnaKumari, superviviente de la lepra: “Todas las personas tienen derecho a vivir su vida con dignidad”. Recuperado de <<https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/LeprosySurvivorRachna.aspx>>

Noble, E. W. y Soler, A. (1935). *Nosotros los leprosos*. Buenos Aires: Patronato de Leprosos de la República Argentina.

Organización Mundial de la Salud (2016). *Estrategia mundial para la lepra 2016–2020*. World Health Organization.

Paredes, Silvia (2020). 26 de Enero: Día Mundial de la Lucha contra la Lepra. *Programa de Dermatología Sanitaria. Programa de Lepra, Colegio de Médicos de Santa Fe 1ra. Circunscripción*. Recuperado de <<http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/8-noticias/321-26-de-enero-dia-mundial-de-la-lucha-contra-la-lepra>>

Raimundo do Nascimento, Dilene y Beltrão Marques, Vera (orgs.) (2010). *Hanseníase: A voz dos que sofreram o isolamento compulsório*. Curitiba: Editora da Universidade Federal do Paraná .

Revista de Leprología (enero–abril 2015), xxx (j).

Rodríguez, Obdulia (2003). La lucha contra la lepra en México, *Revista Facultad de Medicina*, 3 (46).

Romero Salazar, Alexis (2000). Percepciones acerca de los cambios del estigma de la lepra. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, 23, 197–217.

Soy Formosa (2019) Realizan acciones para difundir y prevenir la lepra en Formosa. Recuperado de <<https://www.formosa.soy/sociedad/realizan-acciones-difundir-prevenir-lepra-formosa-n54391>>

Walsh, Rodolfo (1995). La isla de los resucitados. En Rodolfo Walsh, *El violento oficio de escribir*. Buenos Aires: Planeta.

VIH-sida: las políticas sanitarias y el activismo frente a la sanción moral, los prejuicios y el desconocimiento

Olga Echeverría

“[...] tenemos un impulso que nos lleva a causar dolor a los que odiamos; creemos por ello que son malvados y que el castigo los corregirá. Esta creencia nos permite actuar bajo el impulso de causar dolor, en tanto que creemos actuar motivados por el deseo de hacer que los pecadores se arrepientan” (Russell, [1921] citado en Mark Platts, *Una ética de la tolerancia*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 37).

A principios de la década de los ochenta, algunos médicos estadounidenses empezaron a observar que había grupos de pacientes con enfermedades muy poco comunes. Los primeros casos se detectaron entre homosexuales de Nueva York y California. Estas personas padecían enfermedades como el sarcoma de Kaposi, un tipo raro de cáncer de piel, así como un tipo de infección pulmonar que transmiten los pájaros. Pronto se detectaron también casos entre drogadictos por vía intravenosa y receptores de transfusiones de sangre. En 1982 se dio nombre a esta enfermedad: síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Desde entonces el sida ha matado a más de treinta

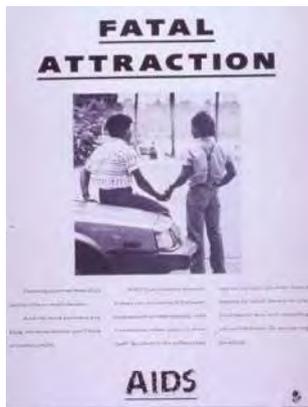
millones de personas en todo el mundo y ha dejado huérfanos a, por lo menos, doce millones de niños solo en África.

El sida²⁴ se desencadena a partir de un virus que se transmite mediante el contacto directo con fluidos corporales infectados, que provocan una inmunodeficiencia en el organismo al atacar a un tipo de glóbulos blancos que son los que ayudan a combatir las infecciones. Dado que generalmente quien lo contrae padece varias enfermedades a la vez, y no una sola, al hablar del sida se hace referencia a un **síndrome**. El virus se denomina VIH (virus de inmunodeficiencia humana), o HIV, por sus siglas en inglés.

Si bien el síndrome fue detectado en 1980, en la década anterior había habido una serie de casos de una enfermedad no identificada en Estados Unidos, e incluso antes, en la década del sesenta, ya se había presentado en Kinshasa, la capital de la República Democrática del Congo, cuando el VIH empezaría a convertirse en lo que es actualmente: una pandemia mortal que ya le ha costado la vida a más de treinta millones de personas. Un equipo de investigadores, entre los que se encuentra el español David Posada, de la Universidad de Vigo, cuyo trabajo se publica en *Science*, demuestra un dato fundamental desde un punto de vista de salud pública: el VIH-1 no se propagó exclusivamente por causas biológicas, sino que también fue provocado por cambios sociales, económicos y demográficos. Así, entre los años 1920 y 1950 se produjo una ‘tormenta perfecta’ de factores, que incluyeron el crecimiento urbano, el desarrollo de infraestructuras ferroviarias durante el gobierno colonial belga, que aumentó el tránsito y circulación de personas en la región, cambios en el comercio sexual y, paradójicamente, el impulso de iniciativas de salud pública –vacunación sin esterilizar las jeringas y agujas– se combinaron para que el subtipo M del VIH se extendiera, primero por

²⁴ Esta denominación empezó a utilizarse a partir de septiembre de 1982, cuando en un encuentro de la Food and Drug Administration [FDA] sobre productos de sangre, Bruce Voeller, exdirector de la National Gay Task Force, propuso llamar a la nueva enfermedad como síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA].

África y después por todo el planeta. Según David Posada(2014), investigadores de la Universidad de Oxford y de la Universidad de Lovaina al estudiar la historia genética del VIH, han establecido que su presencia en el Congo data de 1920 y desde allí se propagó hasta convertirse en la pandemia que ya lleva cuatro décadas y, como hemos dicho, millones de víctimas.



Fatal Attraction. Afiches sobre el sida en los años ochenta.,
Fuente: Librería Nacional de Medicina, Perú. Recuperado de
<https://peru.com/retro/mundo/afiches-sobre-sida-anos-80-noticia-440075>

La campaña Stop SIDA (STOP AIDS) se basó en mensajes transmitidos a través de imágenes. Para reflexionar sobre la función de las imágenes y el arte en procesos epidémicos pueden consultarse los capítulos de Silvana A. Gómez y Lucas Andrés Masán en este libro.

Que su expansión comenzara en la década del sesenta, plena de transformaciones, cuando la libertad sexual y el orgullo gay fueron –y son– luchas desarrolladas por movimientos contraculturales, feministas y de lo que hoy denominamos cultura LGTBQ, nos lleva a pensar en el “pánico moral” desatado en respuesta a esos cambios y que Young (2011) considera como fenómenos que surgen de considerables perturbaciones morales basadas en cam-

bios estructurales y valorativos importantes dentro de la sociedad, que las materias del pánico no son aleatorias, sino puntos detonantes en esas transformaciones y que los efectos de un pánico son en cierta medida autocumplidos, porque cuando los hombres definen las situaciones como reales resultan reales en sus consecuencias, en las célebres palabras de W. I. Thomas. Además, los pánicos morales involucran conflicto cultural. Por un lado, hay resistencia, innovación y algunas veces provocación; por el otro, hay indignación y furia. Existe, consecuentemente con la noción de perturbación moral, una gran cantidad de energía emocional en ambas partes: la policía persigue al “desviado” celosamente, los medios alientan la controversia, el público sigue con avidez la indignación y los “pervertidos” son impulsados y a veces reconstituídos por la respuesta. Hay energía, fascinación y algo lindante con el disfrute: los pánicos morales, como el crimen, son eventos seductores.

Para aquellos que entraban en pánico en ese mundo que se subvertía, muchos de ellos religiosos, derechistas y supremacistas, tenía que haber un correctivo moral para semejante “desviación y decadencia”. Así, esos sectores conservadores y punitivistas de las sociedades occidentales y no solo de ellas, leyeron al sida en los años ochenta, en tiempos de feroz neoliberalismo, muy conservador en lo social, como el castigo a la revolución sexual, por el desmoronamiento de los valores familiares tradicionales, el desencanto de la guerra de Vietnam, la desdramatización de las enfermedades de transmisión sexual gracias al descubrimiento de la penicilina y a la utilización masiva de anticonceptivos. Pero, fundamentalmente se acusó y denigró al Movimiento de Liberación Gay y a los usuarios de drogas endovenosas como los grandes culpables del descontrol y, por tanto, merecedores de la condena del sida, llamada “la peste rosa”, el “cáncer gay”. Como señala Paula Andaló (2020), el miedo no es valiente, y prefiere poner a la enfermedad en los márgenes y, en una sociedad homofóbica, se hablaba del sida como una enfermedad propia de los gays, tratándose esto de una forma más de la discriminación. Lentamente, gracias a los avances científicos, a la

información que los medios empezaron a divulgar y al activismo de la comunidad homosexual, no solo se pudo alcanzar una dimensión real del peligro, los mecanismos de la infección y tratamientos, sino que también se resquebrajó la “justificación” de plantear la homosexualidad como problema. No obstante, hasta el día de hoy perviven confabulaciones estigmatizadoras (Goffman, 1989) culpabilizantes y moralistas. Como puede verse en el capítulo de Irene Molinari, en este mismo libro, la culpabilización y la segregación de los cuerpos degradados, de los cuerpos que “no se pueden tocar” ha estado presente en otros casos, como la lepra, y desde tiempos lejanos. Podríamos decir, siguiendo a Sara Ahmed (2015), que a través de las emociones que son públicas y se organizan socialmente, la humanidad valoriza los cuerpos y, por lo tanto, establece que algunos cuerpos valen más que otros y desde allí se crea y se reproduce la idea de otredad mediante el agrupamiento de algunos cuerpos y la marginación de otros (nos agrupamos los que sentimos el mismo miedo y nos diferenciamos de aquellos a quienes les tenemos miedo). El poder moldea cuerpos y moldea emociones, silencia cuerpos, y a través del miedo, la culpa o la vergüenza establece los argumentos de la discriminación y el rechazo.



Fuente: Periódico *Diario 16*, 1981.

De tal modo, el VIH trajo aparejados otros “virus”, como señala Renzo Molini (2020), mucho más peligrosos y, definitivamente, más difíciles de vencer, como la exclusión, la discriminación y la indiferencia. En ese sentido, el sida, como habitualmente se lo denomina, puede pensarse como una pandemia a la medida del neoliberalismo ya que contenía todos los ingredientes para el estigma, el rechazo, la segregación y la marginación social. Las asociaciones no se hicieron esperar, continúa diciendo Molini, el clasismo, la xenofobia y la homofobia resurgieron con fuerza en una sociedad en la que los grupos protestantes y católicos atribuyeron el VIH-sida a la ira de Dios por las conductas depravadas provocadas por la liberación sexual. David Duxe, exlíder del KluKluxKlan, propuso, en 1995, que los enfermos de sida deberían ser tatuados con tinta fosforescente en sus genitales, para advertir a las potenciales parejas. El llamado Club de las cuatro H culpó de la infección a homosexuales, haitianos, hemofílicos y heroínómanos y las teorías morales-raciales-religiosas les transformaron en los “tentados por el demonio”, “pecadores” o “condenados”. La acusación fue mutando y, a pesar de todos los avances científicos en la materia, actualmente siguen sosteniéndose discursos discriminatorios sobre una multiplicidad de actores sociales, a los que se los considera “*vulnerables*” o “*propensos*” a contraer el VIH y/o sida (personas en situación de prostitución, población trans, población LGBTIQ+, población negra, etc.), en una suerte de extensión moralista cercana a las prácticas médicas del siglo XVIII y el higienismo del siglo XIX, discurso que ya ha costado la vida a millones de personas desde comienzo de la pandemia.

De tal modo, el VIH puso en evidencia la fuerza de la cultura homofóbica, el morbo de buena parte de la humanidad, tanto como el desprecio de los cuerpos débiles, vulnerables y vulnerados, algo que no era, en modo alguno novedoso, como puede verse en el capítulo de Lucía Lionetti, en este mismo libro. Humillación y uso, como se pudo ver en la campaña de Benetton, que coloreó la foto de un enfermo terminal, David Kirby, rodeado por su familia, con un fin

supuestamente altruista, pero destinado a vender las prendas de United Colors of Benetton.



Fuente: *United Colors of Benetton*, 1991.

También, con el VIH-sida se evidenció la voluntad de inmiscuirse en la vida privada de los enfermos, sobre todo, cuando estos eran famosos y no habían hecho pública la intimidad de sus vínculos sexoafectivos. El caso del actor y galán estadounidense Rock Hudson, que el 21 de julio de 1985, se desplomó en el *lobby* de un lujoso hotel de París, desató la persecución de la prensa para que emitiera un comunicado sobre su salud y su sexualidad. Nuevamente aparecía un turbio regocijo en ver el tremendo deterioro físico que provocaba la enfermedad. Hudson, a través de un vocero, negó tener el virus de la inmunodeficiencia adquirida y se atribuyó un cáncer de hígado terminal. Buscaba escapar a la condena social hacia las víctimas de la por entonces llamada “peste rosa”. Para ese entonces había más de 10 000 muertos, pero su caso llevó el tema a las tapas de los diarios y también puso en primera plana una sexualidad que Hollywood había ocultado para no perder los lucros que generaba uno de los actores más taquilleros.



Al mismo tiempo, el gobierno republicano y neoliberal de Ronald Reagan se empezó a preocupar por la epidemia y adjudicó fondos para la investigación como no había hecho hasta el momento. Que la enfermedad aquejara a una estrella del cine, y no solo a anónimos de una comunidad minoritaria, implicó ese interés repentino hasta entonces solo atendido por organizaciones de la sociedad civil.

Por otro lado, Ana Luisa Liguori (1990) sostiene, que el sida tomó a todos desprevenidos y fue necesario repetir una y mil veces que, como lo han dicho Carlos Monsiváis, Luis González de Alba y muchos otros, “todos estamos en los grupos de riesgo”. Si bien es cierto que en un principio los afectados eran básicamente hombres homo y bisexuales, podemos afirmar que eso fue circunstancial y que la tendencia es que la enfermedad ataque a la población en general. Por ello, Liguori plantea, “que a quienes nos interesa defender las libertades del individuo, desde las de expresión hasta la de que “cada quien hace de su vida un papalote”, tenemos que discutir la problemática que ha abierto el sida. ¿Por qué resulta tan difícil cambiar los hábitos sexuales? ¿Por qué tenemos vergüenza de protegernos y también de proteger al otro? ¿Por qué pensamos que solo se mueren los demás, que las tragedias solo les ocurren a los otros? ¿Por qué la negación? Para buscar las alternativas que nos permitan vivir como lo decidamos conscientemente que queremos hacerlo, tenemos

que enfrentar nuestras resistencias, analizarlas, discutir las, revisar nuestras contradicciones frente al sida. Todos sabemos de qué se trata. Yo les pregunto: ¿quién de ustedes usa condón?”

Es decir, el impacto inicial y la negación llevó a que muchos ciudadanos/as no quisieran usar preservativos, sobre todo, en relaciones casuales, por considerar que se trataba de una intromisión estatal y social, de corte filofascista, para limitar la libertad sexual trabajosamente conseguida. No podemos dejar de asociar esta perspectiva con el muy difundido escrito de Giorgio Agamben (2020), a inicios de la pandemia de covid, donde llamaba la atención sobre los riesgos totalitarios de las cuarentenas y políticas de aislamiento.



En la película *Y la banda siguió tocando* (*And the band played on*) del año 1993 dirigida por Roger Spottiswoode pueden advertirse varias de las cuestiones destacadas hasta aquí.

Como señala Susan Sontag (1988), el cáncer y el sida, como antes sucedía con la tuberculosis, son enfermedades consideradas misteriosas. En torno a ellas los prejuicios, las fobias y los miedos han tejido una red de complicadas metáforas que dificultan su comprensión y, a veces, su cura. En los últimos años se ha reducido la carga metafórica del cáncer gracias al surgimiento de una enfermedad, el sida, cuya carga de estigmatización, cuya capacidad de echar a per-

der una identidad, es muchísimo mayor. Da la impresión de que las sociedades tuvieran necesidad de alguna enfermedad para identificar con el mal, que culpa a sus “víctimas”, pero es difícil obsesionarse con más de una. En el caso del sida, la vergüenza va acompañada de una imputación de culpa, y el escándalo no es para nada recóndito. Pocos se preguntan: ¿Por qué a mí? La mayor parte de los aquejados de sida, fuera del África subsahariana, saben (o creen saber) cómo lo contrajeron. No se trata de un mal misterioso que ataca al azar. No, en la mayor parte de los casos hasta la fecha, tener sida es precisamente ponerse en evidencia como miembro de algún “grupo de riesgo”, de una comunidad de parias. La enfermedad hace brotar una identidad que podría haber permanecido oculta para los vecinos, los colegas de trabajo, la familia, los amigos. También confirma una identidad y, dentro del grupo de riesgo más seriamente tocado al principio, el de los varones homosexuales, ha servido para crear un espíritu comunitario, al tiempo que ha sido una vivencia que aisló a los enfermos y los expuso al vejamen y la persecución.



Imágenes de siguiente página: tratamiento de VIH SIDA en los periódicos de los años ochenta.

Fuente: Dominio público, década de 1980.

Durante varios años se llevó a cabo un intenso debate sobre si sería mejor gastar los fondos de los donantes en la prevención del VIH o en su tratamiento. Se argumentó que la prevención –incluyendo el control de las enfermedades de transmisión sexual, los preservativos, las pruebas y asistencia del VIH, y el suministro de sangre segura– tenía una mejor relación costo–beneficio que el tratamiento propiamente dicho en lo referente a salvar vidas. Además, se argumentaba que los frágiles sistemas sanitarios de los países subdesarrollados no podrían garantizar una política de salud efectiva. El Estado, incluso en los países más poderosos, se mantenía ausente.

El VIH-sida en Argentina

Los primeros casos de enfermos con VIH en Argentina se detectaron en 1982, cuando todavía la dictadura cívicomilitar y eclesiástica se mantenía en el poder y avanzaba con la aventura bélica de recuperar las Islas Malvinas. Esos primeros infectados se atendían mayoritariamente en el Hospital Público General de Agudos Dr. Juan A. Fernández de la Ciudad de Buenos Aires. El Hospital Fernández había sido fundado en 1888 para hacer frente a una importante epidemia de enfermedades de transmisión sexual, la Comisión de Higiene del Concejo Municipal de la Ciudad de Buenos Aires creó el Dispensario de Salubridad y el Sifilocomio Municipal, y destinó una importante suma de dinero para la construcción de un edificio, aun cuando en la práctica y por largos años, se utilizó un antiguo frenocomio privado ubicado en la actual manzana del Hospital Fernández. El sifilocomio funcionó varios años, hasta que comenzó a ser utilizado como hospital general, sin otra relación con el primitivo uso que la de tener una dependencia destinada a enfermedades venéreas. En 1893, bajo la intendencia del Dr. Don Miguel Cané perdió su primitivo nombre, pasándose a llamar Hospital del Norte. Por esa época se lo describía como

[...] un edificio misterioso, chato y oscuro, apartado del centro de la ciudad y escondido en un barrio solitario de calles cortadas, sin pavimento alguno, con grandes baldíos, viviendas miserables e isletas de sauces llorones [...] destinado exclusivamente a la cura y reclusión de mujeres sin hogar, sin nombre y sin honor, víctimas de contagios abominables había marcado con estigma indeleble a toda infeliz que traspuso su puerta, arrastrando consigo su mal y su infamia. Rancios conceptos de higiene física, moral y social impusieron tales medidas de fuerza y de secuestros, muy justificadas en aquellas épocas ya lejanas en que el país sufría la mayor invasión aventurera, maligna y ponzoñosa que haya conocido (Llames Massini, Archivo Hospital Fernández, 1893).

Luego se incorporaría un servicio de atención masculina y finalmente, en 1912, se sumaría la maternidad, pues

[...] era preciso purificar aquel ambiente maligno, quemándolo con un fuego sagrado que simbolizara a todas las virtudes, que inspirara todas las simpatías. Y ese fuego casi divino solo podía encontrarse en el amor, en el más noble y excelso de los amores, en el amor de madre, en la maternidad (Llames Massini, Archivo Hospital Fernández, 1912).

A pesar de intentar cambiar la imagen del Hospital Fernández, en los imaginarios de la sociedad de fines del siglo xx, permanecía vinculado a la atención de enfermedades “vergonzantes” y allí fueron los primeros portadores del VIH de Argentina, cuando el hospital contaba solo con dos médicos infectólogos, dirigidos por Pedro Cahn, que atendían un par de veces por semana y los insumos eran insuficientes. A esto se sumaba un contexto de estigma y discriminación hacia quienes tenían el virus y también hacia quienes lo trataban. No fueron pocos los casos de médicos que inicialmente sentían temor de atender y/o tocar a los pacientes infectados. El músico Marcelo Moura (2014), en su libro *Virus*, cuenta que cuando acompañaba a su hermano Federico (ya diagnosticado

con VIH)²⁵ al médico, “este me daba la mano a mí y a él no, era aterrador”. Otro músico argentino que falleció víctima de la pandemia fue Miguel Peralta, más conocido como Miguel Abuelo. Según cuentan sus allegados, el 25 de febrero de 1988, entró en la clínica Bazterrica con un cuadro de fiebre alta y lo dejaron internado. Los médicos de la mutual de Sadaic le hicieron estudios de sangre y, una semana después, cuando aún superaba los 40 grados de temperatura, le dieron el alta sin informarle del diagnóstico. Aparentemente, los profesionales no sabían cómo manejar a un paciente con sida, y solo le indicaron que hiciera reposo, diciéndole que era algo momentáneo. Sus amigos y familiares recurrieron a otros médicos, que confirmaron que era portador de la enfermedad. Falleció el 26 de marzo de 1988 (*La Nación*, 2018).



Imágenes de la siguiente página: Miguel Abuelo y Federico Moura, líderes de las bandas musicales *Los Abuelos de la Nada* y *Virus*, respectivamente, murieron en 1988 infectados por el VIH. Fuente: Fundación Huésped.

Ambas muertes causaron un fuerte impacto, por tratarse de dos artistas emblemáticos del rock argentino, y llevaron al VIH-sida a los espacios centrales de los medios de comunicación masiva.

²⁵ Federico Moura falleció el 21 de diciembre de 1988, tras dos años de enfermedad.

César Cigliutti, militante y dirigente de la Comunidad Homosexual Argentina [CHA], recuerda que el sistema de salud fue un gran problema,

Me acuerdo que cuando Carlos [Jáuregui] se internó, teníamos que pasarle nosotros lavandina al piso. Las enfermeras no querían ni entrar en la habitación. Yo iba al médico y se ponía guantes para auscultarme, para tocarme la espalda. O mi dentista, que una vez me dijo que él no tenía elementos para tratarme y yo le decía “los elementos son lavandina, tenés que poner los instrumentos en lavandina”. Fue una cosa tremenda. Así que hubo un nivel de discriminación por orientación sexual e identidad de género mucho más fuerte porque éramos como una comunidad focalizada. Pusieron toda la culpa y la responsabilidad sobre nosotros. Pensá que ese protocolo ridículo para donar sangre, el que excluía a los homosexuales solo por ser homosexuales, estuvo vigente hasta hace pocos años, que logramos derogarlo (Entrevista a César Cigliutti, 2020).

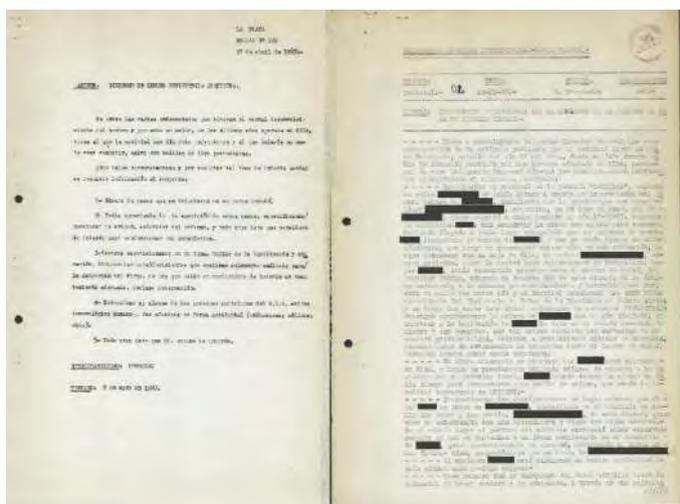


Fuente: periódico *Crónica*, década de 1980.

Como se evidencia, los pacientes se encontraban con una realidad deficitaria, hostil y sin respuesta desde el Estado.²⁶ Un Estado que no atendía, pero sí perseguía a los enfermos incluso una vez re-

²⁶ Fundación Huésped, “Nuestra historia”.

cuperada la democracia. Así, por ejemplo, la Dirección de Inteligencia comenzó a puntualizar los primeros casos de las ciudades más importantes de la provincia de Buenos Aires. El objetivo era individualizar al infectado, crear un mapa de su círculo de relaciones, que podrían ser futuros focos infecciosos. Con esta concepción la Dirección de Inteligencia de la Policía de la Provincia de Buenos Aires [DIPPBA] puso en funcionamiento su aparato burocrático y territorial –pedidos de informes a las delegaciones de inteligencia, intercambio de información con otras dependencias policiales, solicitudes a los hospitales–, la información reunida se archivó en cuatros tomos caratulados S. I. D. A. (Mesa Referencia nº 18.398, Comisión Provincial de la Memoria). La producción de información sobre particulares se realizaba a partir de la información de los medios de comunicación, de ambientales en los territorios (hospitales, llamados a personal de la salud). También se pueden encontrar recortes periodísticos donde se da cuenta desde explicaciones socioambientales de cuáles son los portadores: homosexuales, travestis, drogadictos y personas provenientes de Haití, en la jerga la época, las cuatro H: haitianos, homosexuales, hemofílicos y heroínómanos.



S.I.D.A.

Referencia

Mesa

Carpeta Nº

Legajo Nº 8.398

Dependiente de

Sede Leg. DCI N° 222-685

Pte. o Srto. TOMOS: I - II - III

Domicilio: Nº

Localidad

15 - 2 - UL. 10.000 - 9 - 83.

RAS

Fuente: Comisión Provincial por la Memoria.

Como señalan Garrido Gamboa y Simonetto (2019) la violencia hacia la comunidad gay está lejos de ser una práctica aislada o novedosa. Sin embargo, desde la década del ochenta hacia adelante, tuvo un nuevo argumento “legitimante” a partir de la crisis del VIH-sida, y la estigmatización de los homosexuales. Los diversos prejuicios asociados al VIH y la homosexualidad, así como la promiscuidad y degeneramiento sexual, modelaron una opinión pública que validó formas de violencia social particularmente contra hombres gay y personas trans. Como se pregunta Gabo Ferro (2010), ¿Qué es la degeneración y quién es el degenerado? ¿Quién lo acuña y con qué fin? ¿Cuál es la historicidad del concepto? ¿Cuáles son las metamorfosis que se producen con la apropiación social de la noción del degenerado y el anormal para que siempre tenga vigencia?

Para paliar los problemas de asistencia médica surge, en 1989, la Fundación Huésped con el objeto de darle un cauce orgánico a la voluntad de solidaridad de quienes se acercaban al Servicio de Infectología del Hospital Fernández. Frente a esa difícil realidad, fue que el Dr. Pedro Cahn, que se desempeñaba como jefe de Infectología del Hospital Fernández, decidió crear la Fundación, con el objetivo de ofrecerles información y contención a los enfermos y sus familias,

además de brindar apoyo al Servicio del Hospital y canalizar a esos fines las donaciones recibidas (Legislatura De La Ciudad Autónoma De Buenos Aires, 31/3/2017).



Infeciólogo Pedro Cahn, en tiempos que atendió a los primeros portadores de VIH en Argentina.

Fuente: Diario *Clarín*, 20/10/2019.

La Fundación Huésped, en 1997, gracias a una donación privada de familiares y amigos de Roberto Lebach, inauguró su propia sede en el barrio de Almagro de la Ciudad de Buenos Aires, y desde allí amplió las tareas de difusión de información, educación, prevención, la prestación de servicios a las personas que viven con VIH y desarrollar la investigación científica, social y de formación de recursos humanos en salud. También en esos años aparecía el Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo (HAART por sus siglas en inglés) que cambió la historia de la epidemia a partir de medicaciones más modernas y seguras, lo que para muchos significó la diferencia entre la vida y la muerte. Con una detección temprana y un tratamiento oportuno, el VIH pasó a ser una enfermedad crónica. Desde 2002, la Fundación desarrolla un trabajo territorial en poblaciones caren-

ciadas en el marco de los derechos sexuales y reproductivos y otras problemáticas de las poblaciones vulnerables. No es posible pensar el VIH, sostienen desde la Fundación Huésped, aislado del embarazo adolescente, la violencia de género, la falta de acceso al cuidado de la salud de los jóvenes, la falta de controles de VIH a las mujeres embarazadas, entre otras realidades que aún hoy requieren atención. El estigma y la discriminación como vehiculizadores de la epidemia los impulsaron a reforzar el trabajo de promoción de derechos, incidencia política y comunicación tanto a nivel nacional como en América Latina. La dificultad en la adherencia al tratamiento, las coinfecciones, los virus de las hepatitis y otras enfermedades transmisibles y el desarrollo de tratamientos más simples y eficaces son otros aspectos que guían desde hace años los trabajos de investigación e intervención.²⁷



Fuente: *Fundación Huésped*.

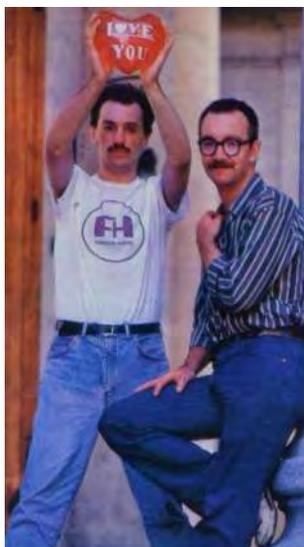
²⁷ Fundación Huésped, "Nuestra historia. Disponible en <https://www.huesped.org.ar/>

Casi inmediatamente se incorporó Roberto Jáuregui a la Fundación Huésped. Jáuregui fue la primera persona con VIH en hacer pública su condición y una figura destacada en el activismo para enfrentar la epidemia. Trabajó incansablemente para instalar la temática y tratar de eliminar los prejuicios, estigmatizaciones y la discriminación. Roberto murió en 1994 y, en su honor, desde Fundación Huésped se inició la construcción y donación del Hospital de Día Roberto Jáuregui Hospital Fernández donde, desde entonces, funciona la División Infectología.

Roberto, periodista, actor y activista por los derechos humanos, ante la falta de recursos para afrontar el tratamiento que necesitaba, salió a los medios a denunciar la desigualdad en el acceso a los tratamientos disponibles en ese momento. Esta estrategia tuvo su punto máximo de exposición cuando en febrero de 1993 en el programa televisivo *Hora Clave*, el periodista Mariano Grondona le pidió que se den un abrazo, para desmitificar que esa era una vía de transmisión del virus (Bazán, 2016). El video de este momento puede verse en <https://www.youtube.com/watch?v=ji_aNAyiD9A>.



Fuente: Biblioteca LGTBIQ+
Oscar Hermes Villordo.



Fuente: Biblioteca LGTBIQ+

El accionar militante de Roberto Jáuregui se centró en concientizar sobre la transmisión del VIH, luchar contra la discriminación de los enfermos, alentar la investigación científica y lograr una política sanitaria estatal. Su hermano Carlos, profesor de Historia, también militante de la causa gay, en cambio, se negaba a darle tanta centralidad al sida y se dedicó a trabajar por asegurar la libertad sexual, reivindicar el orgullo gay y la unión civil de las parejas homosexuales y lésbicas (Bellucci, 2010). Según Meccia (2016), Carlos Jáuregui fue, por un lado, el “inventor” del sufrimiento del pueblo homosexual y, por otro, de formas organizacionales y políticas para hacerlo visible y combatirlo. Por su parte, Mario Pecheny (2016), considera que Carlos Jáuregui hizo posible la ciudadanización de quienes no son heterosexuales, de quienes no se amoldan al binarismo genérico y sexual que es esqueleto del edificio de la heteronormatividad reproductiva. De tal modo, los hermanos Jáuregui coincidieron en asumir sus reclamos como una respuesta política ante la discriminación, el avasallamiento y la vulneración.

De tal modo, la figura de Roberto Jauregui fue clave en visibilizar la situación de las víctimas del VIH, reclamar la asistencia estatal y organizar a la sociedad civil para concientizar en la prevención y articular las colaboraciones para impulsar la investigación y la atención de los enfermos. Y, desde ese lugar, fue también un impulsor del activismo gay, un luchador contra la discriminación y un promotor de derechos. Desde entonces y hasta el día de hoy, derribar prejuicios continúa siendo una experiencia fundante para la vida con el virus del VIH. César Cigliutti, sostiene que el VIH-sida,

[...] transformó radicalmente el modo en el que nos relacionamos entre nosotros, pero también las prácticas médicas en los servicios de salud y hasta elevó la epidemiología como especialidad a un status que no se registraba antes y que agradecemos hoy. Aun así, la mayoría de nuestros compatriotas se enfrentan hoy al covid con la sensación de que nunca nos había ocurrido, como si el problema del VIH fuera un problema de otros (Entrevista a César Cigliutti, 2020).

Continúa diciendo que el sida “fue una acusación directamente a nuestra comunidad. Recibimos el virus y la culpa”. Y, como comunidad tuvieron que enfrentar al virus. Realizaron campañas para que

[...] la gente se enterara de qué era el virus y cómo cuidarse sin abonar toda la discriminación y la locura que había. El discurso general era que los gays lo teníamos porque nos lo merecíamos. Porque éramos promiscuos, por ejemplo. Al principio las demás identidades fueron completamente invisibilizadas: éramos solamente los gays los que lo teníamos. Era una locura lo que pasaba (Entrevista a César Cigliutti, 2020).

Buscaban concientizar sobre la importancia de la prevención, sin moralizar, erotizando el uso del preservativo, por ejemplo.

Las campañas buscaban difundir la problemática sin provocar miedo. Para ello se realizaron fiestas, espectáculos artísticos e intervenciones públicas.



Oscar Fernández, César Cigliutti, Teresa de Rito y Juan Pablo Guidice, activistas de la CHA en la Fiesta Stop SIDA, Palladium, 2 de noviembre de 1987.

Fuente: Marcelo Ernesto Ferreyra, en Revista Haroldo.



Primer marcha del orgullo, Argentina (3 de julio de 1992).

Fuente: Archivo Hasenberg Quaretti.

La infección por el VIH en la actualidad se considera incurable, aunque existen medicamentos antirretrovirales capaces de contener la transmisión del virus. Bajo tratamiento, los infectados pueden llevar una vida normal, como un enfermo crónico, sin desarrollar un cuadro de sida. Sin embargo, en otras partes del mundo, donde no están disponibles estos medicamentos, los infectados desarrollan el sida y mueren pocos años después de haber sido diagnosticados.

Según un estudio del Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS], la legislación del Estado argentino en materia de lucha contra el VIH-sida, entre 1999 y 2004, así como la interpretación que de ella ha hecho la Corte Suprema de Justicia de la Nación, se adecua y es respetuosa de principios básicos de derechos humanos como la universalidad, integralidad y no discriminación. Sin embargo, también establecieron que, al momento de diseñarse la política y especialmente al momento de su implementación, surgen numerosas falencias que desdibujan el respeto de tan fundamentales directrices, que privan a los habitantes de la plena protección y goce de sus derechos humanos relacionados con el VIH-sida. Observaron, por ejemplo, la existencia de diversos obstáculos que impiden a los beneficiarios del Programa Nacional de SIDA acceder a los medicamentos en tiempo y forma adecuados. En este sentido, se han registrado problemas e incumplimientos en la entrega de medicamentos básicos por parte del Ministerio de Salud de la Nación. Asimismo, se ha verificado la persistencia de problemas vinculados al transporte y distribución de medicamentos hacia las provincias, que obstaculizan y en ciertos casos directamente impiden a las personas acceder a los medicamentos que se les recetan. También se han detectado disparidades importantes en cuanto al acceso al tratamiento y cuidado de salud de las personas viviendo con VIH-sida según el lugar en que residan, junto a una notable ausencia de medidas estatales tendientes a superar estas diferencias.²⁸

²⁸ CELS, El derecho a la salud en la lucha contra el VIH-sida. Un examen de la política pública y los recursos presupuestarios, 2005.

La política sanitaria del kirchnerismo, según Cendali (2010) buscaba implementar políticas públicas de salud colectiva, de acceso a toda la población por derecho de ciudadanía y residencia. Una tarea compleja por la presión mediática y el poder de *lobby* que poseen los laboratorios, las prepagas, los bancos, los organismos de créditos, las organizaciones médicas y las obras sociales. En ese contexto han avanzado en el proceso de “trans-formación”, con ciertas acciones “paliativas” como políticas institucionales de educación sanitaria epidemiológica y un pretendido, aunque limitado, fortalecimiento de la cobertura del sistema de salud público universal y gratuito. Lo cierto es que desde 1995, nuestro país garantiza el acceso gratuito a la medicación para el VIH. En el caso de las personas sin seguro médico, los hospitales públicos garantizan el tratamiento y como señala la Fundación Huésped, esto se mantuvo durante la crisis de 2001 inclusive. El problema más grave en la lucha contra el VIH no es la cobertura médica, sino la falta de diagnósticos tempranos y la prevención. Durante el gobierno de Mauricio Macri se tomó la drástica decisión –nunca antes llevada a cabo por un gobierno democrático– de desjerarquizar al Ministerio de Salud de la Nación y convertirlo en secretaría. Esto redundó en un desfinanciamiento de los programas de salud y discontinuidades de provisión en programas de VIH/sida, tuberculosis, el programa ampliado de inmunizaciones, salud sexual y reproductiva, entre otros, lo que se disimula con inversiones en las provincias y municipios con más recursos propios, pero que finalmente se traduce en abandonos sanitarios en las jurisdicciones y gobiernos locales que no pueden afrontarlo (Rovere, 2018).

Indudablemente, los mayores avances en la prevención y tratamiento de los infectados son resultado de la articulación de un Estado presente, con políticas sanitarias universalistas, la sociedad civil y los especialistas organizados para difundir las medidas preventivas e investigar las respuestas médicas y el activismo de una comunidad deshonrada y agraviada que, en su lucha por derechos, puso en alerta al conjunto social sobre los peligros de la pandemia. Riesgos que, cuarenta años después, continúan vigentes. En la Argentina, Según

datos de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y Tuberculosis, viven aproximadamente 139 000 personas con VIH, de las cuales el 17 % desconoce su diagnóstico. Del total de casos, el 30 % son mujeres y en abrumadora mayoría, el virus se contrae por relaciones sexuales sin protección de preservativos (Ministerio de Salud de la Nación, 2019). De acuerdo al estudio de Patricia Maulen (2012) desde fines de los noventa se está marcando una tendencia que muestra que una de las poblaciones más vulnerables en todo el país es la heterosexual sexualmente activa, ya que la principal vía de infección en el año 2002 fue a través de relaciones sexuales desprotegidas, siendo la heterosexual el 46,3 % de los casos y entre los hombres que tienen sexo con hombres, el 14,3 %. No obstante, para los sujetos y grupos más conservadores y patriarcales, el VIH-sida es patrimonio y condena de la comunidad gay.



Fuente: Vista de sitio web del Ministerio de Salud, sección: VIH-Sida, Argentina.

Para mayor información sobre VIH – Sida puede visitarse la web oficial <<https://www.argentina.gob.ar/salud/vih-sida>>

Por dudas y consultas sobre VIH-sida en Argentina puede consultarse la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y Tuberculosos del Ministerio de Salud de la Nación: consultasdsyets@gmail.com

Las líneas telefónicas activas al momento del lanzamiento de este libro (2021) son: (011) 4379-9000. Int. 4841/ 4379-9017

La línea gratuita, confidencial y anónima es 0800-3333-444

Instagram: @direcciondesida

Bibliografía

Agamben, Giorgio (2020). El estado de excepción provocado por una emergencia desmotivada. *Il manifestó, 26 de febrero*.

Ahmed, Sara (2015). *La política cultural de las emociones*, Ciudad de México: Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM.

Andaló, Paula (2020). *El virus mediático. Cómo el VIH irrumpió en los medios y rompió las reglas*, e-book.

Bazán, Osvaldo (2016). *Historia de la homosexualidad en la Argentina. De la Conquista de América al siglo XXI*. Buenos Aires: Marea.

Bellucci, Mabel (2010). *Orgullo: Carlos Jáuregui, una biografía política*. Buenos Aires: Emecé.

Cendali, Florencia (2010). *Políticas de salud a nivel nacional en Argentina y su interacción con un ámbito local, el Partido de Luján*. Trabajo presentado en VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.

Ferro, Gabo (2010). *Degenerados, anormales y delincuentes: gestos entre ciencia, política y representaciones en el caso argentino*. Buenos Aires: Marea.

Garrido Gamboa, Juan y Simonetto, Patricio, (2019). Entre normativas y disidencias. Políticas sexuales en Argentina y Chile durante el siglo xx. *Latinoamérica* 69 (2).

Goffman, Erving (1989). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

La Nación (26 de marzo de 2018). Seis cosas que no sabías de Miguel Abuelo. Rolling Stone. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/espectaculos/musica/seis-cosas-que-no-sabias-de-miguel-abuelo-nid2119584/>.

La Voz de Michoacán, (26 de abril de 1995). El sida y una ética de la tolerancia. Mesa redonda “Tolerancia y sida”, en conmemoración del aniversario del suplemento *Letra S*, 17 de noviembre de 1995.

Liguori, Ana Luisa (1990). El amor en los tiempos del sida. *Debate Feminista*, 1, 222–225. Recuperado de <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/cieg.01889478p.1990.1.1881>

Maulen, Patricia (2012). VIH–SIDA: La situación actual en Argentina y el mundo. *Nota para la Dirección de Salud y Asistencia Social de la UBA*.

Meccia, Ernesto (2016). O visibilizamos o erramos. Emprendimiento moral, política y sexualidad en Argentina. En AAVV, *Carlos Jáuregui, Sexualidad y política en la Argentina*. CABA: Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Molini, Renzo (2020). Virus, Capitalismo y exclusión. *La Historia en lucha*. Recuperado de <http://www.sinretornofm.com/virus-capitalismo-y-exclusion>.

Moura, Marcelo (2014). *Virus*. Buenos Aires: Planeta.

Pecheny, Mario (2016). Carlos Jáuregui y la ciudadanización sexual. En AAVV, *Carlos Jáuregui, sexualidad y política en la Argentina*. CABA: Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Platts, Mark (1996). El sida y una ética de la tolerancia. *Debate Feminista*, 13, 387–392. Recuperado de <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.1996.13.316>.

Platts, Mark (2000). *Una ética de la tolerancia*, (p. 37). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica

Posada, David (junio 2014). Un estudio de vela dónde y cuándo se originó la pandemia del sida. *ABC Salud*.

Posada, David et al. (2014). The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations. *Science*, 346 (6205), 56–61.

Revista Haroldo (2020). Entrevista a César Cigliutti. *Diálogos con el pasado y el presente*, Centro cultural de la Memoria Haroldo Conti.

Rovere, Mario (2018). Significado y sentido de un Ministerio de Salud. *Revista Soberanía Sanitaria*, 2.

Sontag, Susan (1988). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. (s. l.): Epublibre.

Young, Jock (2011). El pánico moral. Sus orígenes en la resistencia, el resentimiento y la traducción de la fantasía en realidad. *Delito y Sociedad*.

A modo de epílogo

Olga Echeverría

Lucía Lionetti

Yolanda de Paz Trueba

Silvana A. Gómez

Lo que te da terror te define mejor
no te asustés, no sirve, no te escapés, volvé
volvé, tocá, miralo dulcemente esta vez
que hay tanto de él en vos,
pero hay más de vos en él.
Gabo Ferro. *Lo que te da terror* (Canción)

Una lectura de la sociedad de covid-19 en tiempo real y desde una perspectiva histórica

Tras el inicial estremecimiento social, donde se cumplió bastante estrictamente con las normas preventivas impulsadas por los gobiernos, superado el primer momento xenófobo y viendo la crisis sanitaria en los países desarrollados, no fueron pocas las referencias a que la sociedad, tras esta pandemia, encontraría un camino de humanización y empatía con la otredad. A ocho meses de iniciada la

cuarentena en Argentina, y ya con la mayoría de las actividades reanudadas, aunque con algunas limitaciones, ese anhelo inicial se nos muestra como excesivamente optimista e ingenuo. Como en todas las epidemias que han azotado a los hombres y las mujeres a través de la historia, fueron muchos los y las que actuaron solidariamente, asumieron nuevas funciones, se adaptaron a la nueva realidad de un momento a otro (como actualmente lo han hecho el personal de salud y la comunidad educativa), pero también se quebraron vínculos, se sospechó del otro, se buscó el caso 0, se “escrachó” a los contagiados y algunos sujetos de la patronal aprovecharon para no pagarle a sus empleados y empleadas. Un ejemplo recurrente fue el de las trabajadoras en casas particulares que no recibieron su salario o fueron obligadas a ir a hacer la limpieza habitual, sin reconocer su derecho a preservar la salud propia y la de sus familiares.

En el campo intelectual, el filósofo italiano Giorgio Agamben (2020), además de restarle importancia a la epidemia, desató un amplio debate. Retomando lo que habían sido sus postulados de los años noventa (*Homo Sacer*, 1999), sobre la biopolítica de Foucault y Estado de excepción de Schmitt y, apenas iniciada la pandemia, en febrero del 2020, calificaba como “frenéticas, irracionales y totalmente inmotivadas” las medidas antipandémicas tomadas por algunos gobiernos que han “provocado un verdadero y propio estado de excepción”. Así, sostuvo que la ciudadanía estaba dispuesta a cederlo todo a cambio de proteger su salud, incluso permitirían al Estado confiscar sus derechos y encaminarlos hacia una “solución fascista”. El SARS-CoV-2, según Agamben, es un virus de naturaleza ideológica, un arma coercitiva. Más profundas nos resultan sus reflexiones sobre el estado de miedo extendido en los últimos años en las conciencias de los individuos y que se traduce en una necesidad real de estados de pánico colectivo, a los que la epidemia les ofrece un nuevo pretexto. Es decir, la covid-19 se ha expandido sobre una sociedad que ya estaba en crisis y que ha puesto la seguridad (en toda su amplitud y ambigüedad) como centro de sus preocupaciones.

Jean-Luc Nancy (2020), el influyente filósofo francés, no tardó en rechazar la teoría conspirativa de Agamben, y sostener que “No hay que equivocarse: se pone en duda toda una civilización, no hay duda de ello. Hay una especie de excepción viral –biológica, informática, cultural– que nos pandemiza. Los gobiernos no son más que tristes ejecutores de la misma, y desquitarse con ellos es más una maniobra de distracción que una reflexión política”. Slavoj Žižek (2020) sumó su voz señalando que, en realidad, se trataba del golpe definitivo contra el capitalismo, ya que la situación pandémica permitía anhelar otro modelo de sociedad, estructurada en torno a formas solidarias y cooperación mundial. En una sintonía similar, Franco Bifo Berardi (2020), sostuvo que “Asistiremos al colapso final del orden económico mundial”. Sin embargo, Bifo considera que ese derrumbe será acompañado por un infierno político y militar esencialmente caótico, ya que el caos es el verdadero dominador de la época pandémica (2020 a). Anteriormente, ya había señalado, “no me hago ilusiones de que el colapso pandémico tenga efectos socialmente positivos en lo inmediato. Por el contrario, como escribe Arundhati Roy, “el coronavirus entró en los cuerpos humanos y amplificó patologías existentes, entró en los países y sociedades y amplificó sus enfermedades y patologías estructurales. Amplificó la injusticia, el sectarismo, el racismo, las castas y, sobre todo, la desigualdad”. Según Arundhati, el virus detuvo la máquina; ahora se trata de parar el motor, para volver definitivamente inoperante a la economía orientada al lucro. Cueste lo que cueste. El ciclo de acumulación no se reanudará, porque las articulaciones están desquiciadas: la sanitaria, la psíquica, la productiva, la distributiva [...] todo se ha ido a la mierda” (Berardi, 2020 b).

“El virus no vencerá al capitalismo. La revolución viral no llegará a producirse. Ningún virus es capaz de hacer la revolución. El virus nos aísla e individualiza”, sentenció el filósofo surcoreano Byung Chul-Han, de creciente difusión, quien además agregó que somos nosotros, personas dotadas de razón, quienes tenemos que repensar y restringir radicalmente el capitalismo destructivo, y también

nuestra ilimitada y destructiva movilidad, para salvarnos a nosotros, para salvar el clima y el planeta. Asimismo, entiende que los países asiáticos están gestionando mejor esta crisis que Occidente. Mientras allí se trabaja con datos y mascarillas, aquí se llega tarde y se levantan fronteras.



Fuente *El País*, España.



Manifestación contra el uso obligatorio de mascarillas en la plaza de Colón de Madrid.

Fuente: *Europa Press*, 17 de agosto de 2020.

Por su parte el sociólogo portugués, Boaventura de Sousa Santos, en *La cruel pedagogía del virus*, considera que la pandemia de covid-19 es la forma en el que nuestro planeta nos está diciendo basta. Al mismo tiempo, entiende a la pandemia como una alegoría que remite a los marginados del discurso dominante y el contexto histórico en que tiene lugar esta pandemia no es otro que la imposición del neoliberalismo en los años ochenta.



Fuente: *France 24*, 2 de septiembre de 2020.

La lógica del capital financiero provocó un estado de *crisis permanente*. Pese a parecer una contradicción –si se piensa la crisis como un momento puntual–, exhibe su larga duración cuando la luz encandiladora, normativa y normalizante del triunfo capitalista deja ver, “de la peor manera posible”, lo que se trataba de ocultar. Esto es la desnuda intemperie en la que viven quienes se hallan fuera de las mínimas condiciones de subsistencia en el mundo. Eso otro que se ha tratado de silenciar se vuelve tan notorio que apenas hace falta “mirar por la ventana” para constatarlo. La aparente solidez del capitalismo “se desvanece en el aire” ante un virus que quiso ser definido en términos ideológicos como “el virus chino”, postulado por los

Estados Unidos contra su contendiente por la hegemonía mundial, hoy se ha desbaratado ante la amenaza que es para todos y que destruye un bastión ideológico del neoliberalismo como la “seguridad”.



Fuente: Imagen AFP (detalle).

En Argentina, como en otros lugares con gobiernos progresistas y/o populares, lo más llamativo se dio en torno a la movilización callejera y las denuncias contra el biopoder, que fueron acciones asumidas y desarrolladas por las derechas. En cambio, los colectivos populares y de izquierda acataron y defendieron las normas preventivas.

Dentro de esos sectores derechistas o rechazados, grupos minoritarios, pero aun así numéricamente significativos, optaron por la hipótesis paranoica, que, “después de Freud y Lacan, más que una realidad clínica, es una posición del sujeto, pero también una posición colectiva donde todo es interpretable bajo un mismo signo amenazante”, según considera el psicoanalista argentino, radicado en España, Jorge Alemán (2020). La paranoia es una normalidad que se caracteriza por unificar la realidad bajo el signo de una amenaza que se infiltra, tiene conexiones secretas, quiere quedarse con lo que nos pertenece y con nuestra identidad, que está amenazada como totalidad íntegra por seres oscuros, a medio hacer, infrahumanos, ajenos y enmascarados. Así, la covid-19 hizo resurgir discursos y

enemigos que recuerdan a los de la Guerra Fría y a los de las Doctrinas de la Seguridad Nacional.

Estas derechas no son un fenómeno marginal, ni residual y han llevado a las presidencias a individuos que hasta hace muy poco tiempo se los reconocía por su ignorancia y/o patetismo. La gran novedad que se puede señalar con respecto a la hipótesis paranoica es que por distintas razones históricas se ha vuelto perfectamente combinable, como señala Alemán (2020 a), y estructuralmente compatible con el espíritu neoliberal del capitalismo actual. La ventaja de la tonalidad paranoica es construir toda su narrativa política en una permanente imputación al otro, un diferente, el enemigo.

En las marchas anticuarentena que se realizaron en varias ciudades de la Argentina, y más de una vez, se pudieron oír y ver una gran variedad de posicionamientos: no a la cuarentena, si a la inmunidad de rebaño, no al gobierno que avasalla libertades y a la República misma, no a la vacuna, el virus es un invento de laboratorio, la covid-19 fue creada para reducir la población de adultos mayores y bajar los costos jubilatorios, llegando, incluso, a un acto de quema de barbijos.



Quema de barbijos, 6 de septiembre de 2020, Ciudad de Buenos Aires.

Fuente *Mejor informado.com*

Las epidemias, por lo menos desde el siglo XVI, han sido un campo de experimentación medicinal y en buena medida han colaborado con la evolución del prestigio y luego el poder de los médicos. Sin embargo, aunque con anticipaciones, esa posición dominante se ha visto resquebrajada, en plena época de sociedad del conocimiento, por la aparición de la covid-19 y el crecimiento de posturas desconfiadas de la palabra de científicos y médicos. El movimiento anti-vacunas es tan antiguo como las vacunas mismas, sin embargo, en las últimas décadas e integrándose a un universo conspirativo que incluye también a terraplanistas, han alcanzado una presencia significativa en las redes sociales, a través de un uso muy efectivo de los memes y, paradójicamente, reforzando sus opiniones en la palabra de algún científico “disidente”.



Fuente: Noticias, 27 de agosto de 2020.

Una reciente investigación publicada en *Nature*, señala que los grupos antivacunas tienen una presencia mucho más fuerte que los provacunas en las redes sociales porque se relacionan de una manera mucho más intensa con el grueso de los indecisos. Así, existe la posibilidad de que estas personas que no tienen una posición tan sólida al respecto terminen inclinándose en contra de la inmunización. El estudio da un pronóstico preocupante

Nuestro marco teórico reproduce el reciente crecimiento explosivo en los puntos de vista antivacunación y predice que estos serán los dominantes en una década”, dicen los investigadores, que plantean que estos resultados “desafían el pensamiento convencional sobre individuos indecisos en temas de contención en torno a la salud (Johnson, 2020).

En la misma sintonía se expresa Miguel López Santamaria (2015), cuando señala,

Los movimientos antivacunas podrían definirse como un colectivo de personas que por diferentes motivos (sanitarios, religiosos, científicos, políticos, filosóficos) creen que las vacunas y en definitiva el acto de vacunarse supone un mayor perjuicio para su salud que el posible beneficio que puedan aportar. Son grupos muy activos y reivindicativos, que aportan información no contrastada y acientífica pero que ya han conseguido que las coberturas vacunales en algunos países se hayan visto afectadas (López Santamaría, 2015).

Tampoco se puede desconocer que ciertas maniobras comerciales de los laboratorios propician esas miradas desconfiadas. La propia legalidad es inconfesable. En contraste con otras sociedades, se trata al mismo tiempo de un régimen de lo público y de lo inconfesable. Es lo propio del régimen del dinero, un delirio especialísimo.



Fuente: *Página 12*, 2 de junio de 2020.



Fuente: *Página 12*, 18 de agosto de 2020.





Fotografías.

Fuente: *La Nación*, 30 de mayo, 2020.

En las manifestaciones y caravanas confluían opositores al gobierno de Alberto Fernández y Cristina Fernández de Kirchner que, en nombre de República y la Constitución, reclamaban la libertad de circulación, expresión y apertura de las actividades económicas, con otros que, desde una “matriz delirante”, sostenían teorías conspirativas como las que hacían referencia al Nuevo Orden Mundial, a la alta peligrosidad del sistema 5G, la presunta modificación del ADN o la inoculación de un chip a través de la vacuna. Lo cierto es que la pandemia dio el marco para que esos sectores manifestaran su rechazo al gobierno y de allí las confusas y hasta contradictorias proclamas, teñidas en muchos casos de un fuerte clasismo y de cierto aire revanchista. En ese sentido, la pandemia fue devorada por la “grieta” que divide a los argentinos. Como señala Darío Barrera (2020) en la introducción de su reciente libro, las grietas argentinas, además de ser muchas y de diferente profundidad, pero casi siempre hondas, son, en la mayoría de los casos, el resultado de una simplifi-

cación brutal alrededor de cuestiones muy complejas. Es interesante señalar que cuando el gobierno argentino anunció la compra de la vacuna rusa, se desató una paranoia anticomunista en parte de los sectores que habían tomado las calles que solo demuestra la pervivencia de temores antiguos, de tiempos de la Guerra Fría y por lo tanto fuertemente anacrónicos. Ante ello, los memes inundaron las redes.



Fuente: Dominio público.

Frente a las imágenes de las marchas se va construyendo una iconografía de la epidemia (como ha sucedido con brotes de otras enfermedades) que busca concientizar sobre las formas de prevención, la novedad del aislamiento y las formas de sobrellevarlo. Esas representaciones en proceso, ya sea desde las obras artísticas, desde el humor gráfico o de memes e imágenes que circulan por las redes, impulsan la construcción de las figuras heroicas de aquellos que se exponen al contagio para salvar al conjunto. A diferencia de otras epidemias históricas, hoy la muerte no es retratada, el protagonismo se centra en la solidaridad que puede poner un freno al peligro, quizás como un intento de exorcizar el individualismo feroz que propaga el neoliberalismo, pero también como la exclusión de lo que pro-

voca terror. Las imágenes creadas en y para expresar la pandemia, como se puede ver, muestran el vaivén que va desde la celebración de la ciencia al temor que esta no pueda encontrar la solución.



La medicina, como un Goliat desorientado, frente al pequeño virus.
Fuente: Imagen tomada de Tajer (2020).



Mural de Banksy, una épica enfermera desplaza a los súper héroes clásicos.



De arriba abajo, autores: Liniers, Chumbi, Miguel Rep.



“Vivir cotidiano” (Detalle).

Fuente: *La Nación*, 3 de noviembre de 2020.

Luis Felipe Noé, uno de los principales artistas plásticos de la Argentina, de 87 años y tras recuperarse de covid-19, ha realizado una serie de pinturas (“El virus reina”) que se expone en una galería porteña, y busca reflejar “el desconcierto, un clima de no saber qué se viene”. Para “Yuyo” Noé, la pandemia es “el único acto de socialización universal” y aclara que, en su obra, el color no se asocia con alegría, “sino con la intensidad de vivir, que es distinta y hasta puede ser dramática” (*La Nación*, 3 de noviembre de 2020).



“A cara tapada”, (Detalle).

Fuente: *La Nación*, 3 de noviembre de 2020.

Es importante remarcar que amplios colectivos sociales asumieron posturas solidarias y de cuidado comunitario, que reforzaron un accionar que ya venían desarrollando por la crisis previa a la pandemia de covid-19. En ese sentido, y como puede verse a lo largo de

los capítulos de este libro, como en todo proceso epidémico, la articulación de voluntades públicas, no solo gubernamentales, activismos y el accionar responsable del personal de salud, la comunidad educativa y científica (incluyendo a las ciencias humanas y sociales) constituyen un camino de salida de la pandemia.



Fuente: Agencia *Telam*, 2020 (Detalle).



Fila en un comedor comunitario.
Fuente *Clarín*, 2020.

Como puede advertirse, en una sociedad desigual, el peso de hacer frente a una situación crítica también se distribuye desigualmente y no solo por los factores de riesgo, sino por cuestiones como el género. Esto se puede advertir con el eslabón de los cuidados, que no solo afecta más a las mujeres, sino que tiene una valoración menor (Vommaro, 2020). Son mujeres las que, mayoritariamente, asumen la carga física y emocional del cuidado y se arriesgan a infectarse. Así, los cuerpos de las mujeres están sobreexigidos y sobreexpuestos a tareas de cuidado y a trabajos múltiples, permanentes y simultáneos, como producto de la desigual carga de cuidados. La pandemia agudizó, a la vez que visibilizó esa situación que, en muchos casos, incluyen teletrabajo, limpieza del hogar, clases escolares en casa, cuidado de alguien que lo necesita, cocinar, encargarse de las compras, etc. (Ahumada, 2020).



Fuente: *Amnistía Internacional*, 2020.

Como venimos señalando, la pandemia demostró y demuestra las profundas desigualdades sociales que nos permiten hablar de una crisis profunda, previa a la irrupción del virus de la covid-19. Y, como en todas las pandemias de la Historia, los sectores más vulnerables y los excluidos del neoliberalismo, tanto como los pobres estructurales, que pueden ser georeferenciados en los bordes de las ciudades o en las regiones más empobrecidas del país, son los que pagan un precio más alto por vivir en condiciones que facilitan el

contagio (falta de agua potable, hacinamiento), tanto como por una alimentación deficiente que afecta la resistencia inmunológica. De tal modo, la crisis sanitaria agravada por la covid-19 y sus consecuencias económicas, ponen en riesgo el desarrollo social y pueden afectar en mayor medida a los grupos vulnerables de nuestra sociedad (Hernández García, 2020), los cuerpos frágiles, las personas olvidadas. Una de las dimensiones de la vulnerabilidad es aquella que tiene que ver con situaciones previamente identificadas y denunciadas por distintas voces, las cuales se han convertido en graves problemas en las últimas cuatro décadas: “alta prevalencia de diabetes y enfermedades cardiovasculares, precariedad laboral, problemas de acceso al agua y hacinamiento, así como múltiples brechas de acceso a los derechos sociales, como salud, alimentación, educación y vivienda. Es decir, con todo lo importante que es el coronavirus y los costos implicados en su contención, así como las pugnas geopolíticas, no son suficientes para explicar la crisis económica actual ni son sus causas de fondo. Son, en todo caso, sus detonadores” (Guillen 2020). No se trata, por lo tanto, de la crisis financiera del coronavirus, sino de una nueva etapa de la crisis del capitalismo. Culpar al coronavirus de la crisis es más que nada una construcción ideológica de los sectores dominantes, es decir de los grandes capitales financieros y de los medios de comunicación a su servicio, para ocultar las contradicciones del sistema. Por detrás de esos factores, existen tendencias estructurales que el capitalismo viene arrastrando desde hace varias décadas, y sobre todo desde la crisis económica-financiera de 2007. Estas tendencias irrumpieron violentamente en la superficie con esta nueva crisis. Entre ellas se encuentran la declinación hegemónica de Estados Unidos y su creciente rivalidad con China y otras potencias regionales (Rusia, Irán y Turquía); la tendencia al estancamiento económico; la persistencia de las tendencias deflacionarias; la desglobalización; y la irrefrenable financiarización o, en términos más precisos, la existencia de un régimen de acumulación dominado. No se trata de la crisis del coronavirus, sino de una nueva etapa de la crisis del capitalismo por las finanzas, entendidas estas no

como el dominio de los bancos, sino como un fenómeno horizontal del cual son partícipes los sectores de punta del capital “industrial”. Estos últimos se benefician al igual que los bancos, las instituciones financieras, las compañías aseguradoras y la llamada “banca en la sombra” del dominio que ejercen sobre la emisión y circulación del capital ficticio.

Por su parte, Pablo Vommaro reflexiona sobre una dicotomía que está presente desde el inicio mismo de la pandemia, ¿la economía o la vida?, para ejemplificar con respuestas estatales diversas, el autor asume que la prevención es fundamental en este momento y quizá en los años por venir, y entiende que la responsabilidad y la solidaridad sociales, junto a políticas públicas integrales, situadas, territorializadas, singulares y efectivas son un camino posible de cambio de lógica y construcción de alternativas. Se trata de otras políticas públicas para contrarrestar los dispositivos sociales de producción y reproducción de las desigualdades y avanzar hacia la producción de una igualdad diversa, que reconozca y se configure a partir de la diferencia. (Vommaro, 2020).

Jorge Alemán, entiende que en este proceso se generó un espacio para el debate entre la igualdad y la desigualdad y si bien es cierto que hay muertos de todos los grupos sociales (con mayor riesgo para los grupos subalternos, como ya mencionamos) y que la muerte es para todos, porque todos somos mortales, es necesario encarar la discusión sobre la desigualdad desde la igualdad en la vida, no desde la muerte. Si concebimos la igualdad desde la vida, evidentemente esta pandemia está derrumbando todas las ficciones que en los últimos años sostuvieron al neoliberalismo. Por ejemplo, el mantra ese de que el empresariado es el que crea la riqueza se está viniendo abajo. Si los trabajadores, los que venden su fuerza de trabajo, no vuelven a los lugares de la producción, este mundo no se sostiene. Si no vuelven los que prenden la luz, si no vuelven los que limpian, todo esto se cae. Lo interesante aquí es que sería un momento marxista de la humanidad, pero por ahora no hay noticias de que emerja un sujeto histórico igualitario (Alemán, 2020 b).

Y ahí, tal vez, si veamos surgir ciertas manifestaciones de la sociedad de control y del biopoder, que, aunque al principio hayan sido muy necesarias desde un punto de vista terapéutico y político, tarde o temprano, precisamente por esta característica de reproducción del capital, se van a terminar imponiendo.

Como ya hemos expuesto y tratando de no asumir posiciones candorosas y voluntaristas, consideramos que existen aún posibilidades de salir de la pandemia y de dar forma a una sociedad más justa y empática, con Estados presentes que sostengan sistemas de salud y políticas sociales universalistas que disputen las lógicas de la hegemonía neoliberal.

No obstante el desarrollo científico, la situación también puso en evidencia la exclusiva motivación económica de los laboratorios, la importancia de las cuestiones geopolíticas y el reiterado olvido de las regiones más pobres del planeta. Así quizás debamos conformarnos con la módica victoria de esperar que algunos sujetos hayan advertido la perversión del capitalismo.



Fuente: RFI.

Bibliografía

Agamben, Giorgio (26 de febrero 2020). El estado de excepción provocado por una emergencia desmotivada. *Il manifesto*.

Agamben, Giorgio (1999). *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pretextos.

Alemán, Jorge (5 de mayo de 2020a). Entrevista, *Página 12*.

Alemán, Jorge (2020b). *Pandemónium, notas sobre el desastre*. Madrid: Ned Ediciones.

Ahumada, Candela (mayo de 2020). Mujeres en cuarentena: cuidadoras de tiempo completo y sobrecarga de trabajo. *Astrolabio*,

Barriera, Darío (2020). *Grietas argentinas. Divisiones ordinarias para pasiones extraordinarias*. Rosario: CB ediciones.

Berardi, Franco “Bifo” (a). (24 de agosto de 2020) entrevista de *Página 12*.

Berardi, Franco “Bifo” (b) *COVID 19. ¡Repartir! Crónica de la psicodéflación*. Buenos Aires: Caja Negra Editora.

ByungChul–Han (22 de marzo de 2020). La emergencia viral y el mundo de mañana. *El País*.

De Sousa Santos, Boaventura (2020). *La cruel pedagogía del virus*. Buenos Aires: Clacso.

Guillen, Arturo. (2020). ¡No es el coronavirus, estúpido! Es una nueva fase de la crisis del capital. *Observatorio Social del Coronavirus, Clacso*, 10, 1–4.

Hernández García, Milton. (16 de mayo de 2020). Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [Coneval]. Propuestas para enfrentar los impactos económicos de la pandemia. *La Jornada*, 152.

Johnson, Neil F. et al. (2020). The online competition between pro- and anti-vaccination views. *Nature* 582,230–233. Recuperado de <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2281-1>

López Santamaría, Miguel Ángel (2015). Los movimientos antivacunacion y su presencia en internet. *Ene*. 3 (9) Recuperado de: <<http://scielo.isciii.es/>

scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000300011&lng=es&nr-m=iso>.

Nancy, Jean-Luc (, 20 de mayo de 2020). Neoviralismo. Filosofía, Política. *Ficción de la Razón*.

Tajer, Carlos (19 de octubre de 2020). El lenguaje y la Peste. Metáforas para enfrentar la pandemia. *Intramed*. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=96973>.

Vommaro, Pablo (2020). Las dimensiones sociales, políticas y económicas de la pandemia. *Observatorio Social del Coronavirus, Clacso*, 8, 1-5.

Žižek, Slavoj (27 de febrero, 2020). Coronavirus es un golpe al capitalismo al estilo de 'Kill Bill' y podría conducir a la reinención del comunismo. *RussiaToday*.

Sobre los autores y autoras

Yolanda de Paz Trueba es profesora, licenciada y doctora en Historia por la Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires [UNICEN] y se desempeña como profesora adjunta de la carrera de Historia en las cátedras de Historia Social General y de Historia General V en esa casa de estudios. Es investigadora adjunta del Conicet. Desde 2004 ha investigado sobre el lugar de las mujeres en la esfera pública a fines del siglo XIX y primeras décadas del XX. Desarrolló proyectos sobre las prácticas sociales, políticas e institucionales sobre la infancia (especialmente las niñas) entre 1880 y 1920 en la provincia de Buenos Aires y sobre el mundo del trabajo infantil en el marco de colocaciones asistenciales. Es autora de artículos y capítulos de libros en revistas nacionales e internacionales y de *Mujeres y esfera pública: la campaña bonaerense entre 1880 y 1910* (2010) y compiladora de *Infancia, pobreza y asistencia. Argentina, primera mitad del siglo XX* (2019).

Olga Echeverría es profesora, licenciada y doctora en Historia por la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires [UNICEN], especializada en el estudio de los intelectuales de derecha, las subjetividades individuales y colectivas y las prácticas políticas, sociales, culturales y represivas de las derechas y dictaduras del siglo XX. Se desempeña como profesora titular del Departamento de Historia, FCH-UNICEN en las cátedras de Historia Social General, Historia Social Contemporánea y de Historia Social Argentina. Es investigadora independiente del Conicet, (con lugar de trabajo en IEHS-IGEHCS-UNCPBA-Conicet). Es directora del Proyecto

“Historia y memoria. La dictadura cívico–militar en la universidad nacional del centro: políticas, represión y transición democrática (1975–1986)”. Se desempeña como coordinadora académica del Centro Documental de Geografía, Historia y Ciencias Sociales. Es autora de *Las Voces del miedo. Los intelectuales autoritarios argentinos, primera mitad del siglo xx*, (Prohistoria, 2009), ha presentado ponencias en congresos nacionales e internacionales y ha publicado numerosos artículos en revistas y libros editados en la Argentina y el exterior. Desde 2010 coordina, junto al Dr. Ernesto Bohoslavsky, los Talleres de Discusión sobre las Derechas en el Cono Sur, siglo xx. Es directora del Anuario IEHS. Integra redes y grupos de trabajo internacionales

Silvana A. Gómez es profesora y licenciada en Historia por la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires [UNICEN] y doctora en Historia por la Universidad Nacional de La Plata [UNLP]. Se desempeña como docente en la Facultad de Ciencias Humanas de la UNICEN y es formadora de profesores de Historia en la Provincia de Buenos Aires. Es miembro del Centro Interdisciplinario de Estudios Políticos, Sociales y Jurídicos [CIEP UNICEN]. Su tema de investigación actual aborda iconografía aparecida en distintas revistas ilustradas argentinas a finales del siglo xix y comienzos del xx considerando a la imagen como fuente histórica y documento social. Es autora de capítulos de libros y ha publicado artículos en revistas argentinas y del exterior. Es una de las coordinadoras de *Pensar la Historia en torno al Bicentenario: la historia en el aula* (2017) y de *Hilando perspectivas sociales. Abordajes en torno a problemas argentinos. Siglos xix, xx yxxi*(2019). Junto a Yolanda de Paz Trueba, Olga Echeverría y Lucía Lionetti, es coautora de *Epidemias, tratamientos y efectos sociales a través del tiempo. Reflexiones para la enseñanza y el aprendizaje desde una perspectiva histórica* (2020).

Lucía Lionetti es profesora y licenciada en Historia por la UNCP-BA. Doctora en Historia por la Universidad Autónoma de Madrid; España. Es profesora titular en la Facultad de Ciencias Humanas de

la UNICEN en las cátedras de Historia Social General y de Historia General V (Europa siglos XVIII y XIX). Se especializa en temas de la Historia Social y Cultural de la Educación; Género e Infancia(s) de los siglos XVIII al XX. Actualmente trabaja la cuestión de la niñez en el espacio rural de la campaña bonaerense en los siglos XVIII y XIX. Es autora de *La misión política de la escuela pública: educar al ciudadano de la república* (2007). Ha compilado y coordinado la publicación de siete libros entre los que se pueden mencionar: *Las Infancias en la Historia Argentina. Intersecciones entre Prácticas, Discursos e Instituciones (1890–1960)* (2010) junto a Daniel Míguez; *Escuelas, comunidades rurales y sujetos sociales en América Latina* (2013) junto a Alicia Civera y Flavia Werle; *La Historia de las infancias en América Latina* (2018) junto a Isabella Cosse y Carolina Zapiola. Ha publicado numerosos capítulos de libros y artículos a nivel nacional e internacional (Brasil, Colombia, Chile, México, Uruguay, España, EEUU).

Adriana Álvarez es profesora, licenciada, magister y doctora en Historia. Investigadora independiente del Conicet, docente e investigadora de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Desarrolla su trabajo en el Instituto Humanidades y Sociales [INHUS] Conicet–UNMdP–Centro de Estudios Históricos [Cehis]–Grupo HISA–Universidad Nacional de Mar del Plata–Facultad de Humanidades–Escuela de Medicina. Es especialista en Historia de la Salud y la enfermedad ya sea en su carácter endémico o epidémico. Se ha desempeñado en más de diez oportunidades como directora o codirectora de proyectos nacionales e internacionales. Ha recibido premios y distinciones, entre las que se destaca el premio Anual otorgado por el Instituto de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires, por su trabajo de investigación sobre Dengue y Malaria en la Argentina. Ha publicado más de treinta artículos en revistas indexadas (nacionales e internacionales) y nueve libros. Actualmente participa del grupo responsable del Programa de articulación y fortalecimiento federal de las capacidades en ciencia y tecnología covid-19. Monitoreo y seguimiento de las estrategias

para minimizar la circulación del covid-19 en el Municipio de General Pueyrredón, del INHUS.

Diego Armus estudió en la Universidad de Buenos Aires y es doctor en Historia por la Universidad de California, Berkeley. Ha sido profesor regular e invitado en universidades argentinas, latinoamericanas, europeas y chinas. En la actualidad reside en Nueva York. Como autor o editor, y en temas relacionados con la historia de la enfermedad y la salud, publicó *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América latina moderna* (2002, 2003); *From Malaria to AIDS. Disease in the History of Modern Latin America* (2003); *Cuidar, Controlar, Curar. Ensaíos Históricos sobre Saúde e Doença na América Latina e Caribe* (2004); *Avatares de la medicalización en América latina, 1870-1970* (2005); *La Ciudad Impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950* (2007, 2011, 2014). Recibió numerosas becas y premios de investigación de instituciones argentinas y extranjeras. Se desempeña como profesor de Historia latinoamericana en el Swarthmore College, Estados Unidos.

Lucas Bilbao es profesor, licenciado y doctor en Historia por la Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires [UNICEN]. Fue becario posdoctoral del Instituto de Geografía, Historia y Ciencias Sociales (Conicet) y actualmente es profesor ayudante de Historia Social General e Historia Argentina I (Facultad de Ciencias Humanas, UNICEN). Se especializó en el estudio de los vínculos entre catolicismo, Iglesia y sociedad en la Argentina de los siglos XIX y XX. Tiene publicados capítulos de libros y artículos en revistas científicas argentinas y extranjeras. Es coautor, junto a Ariel Ledesma, de *Profeta del Genocidio. El Vicariato Castrense y los diarios del obispo Bonamín en la última dictadura* (Sudamericana, 2016).

Jesús Binetti es profesor y licenciado en Historia de la Universidad Nacional de Luján. Su trabajo investigativo se centra en la religiosidad colonial y el tránsito entre esa etapa y la vida independiente. Es

jefe de Trabajos Prácticos regular de Historia Social Argentina en la misma universidad y miembro del Grupo de Estudios sobre Historia de la Iglesia Religio (Instituto Ravignani-UBA). Entre sus publicaciones se encuentran *El agosto recinto. Conflictos y debates tras la construcción de la Basílica de Luján* (Luján, Librería de Mayo, 2007) y *Una virgen para el pago. Historia y Patrimonio del Luján* (Buenos Aires, Cienflores, 2016) en coautoría con Federico Suárez.

María Silvia Di Liscia es doctora en Geografía e Historia por el Instituto Universitario Ortega y Gasset (Universidad Complutense, Madrid), Licenciada en Historia y profesora titular de Historia de América III en la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de La Pampa [UNLPam]. Ha publicado artículos en revistas y libros vinculados a la historia social de la salud y la enfermedad. Es coeditora junto con Gilberto Hochman y Steven Palmer de *Patologías de la Patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina* (2012) y con Germán Soprano de *Burocracias estatales: problemas, enfoques y estudios de caso en la Argentina (entre fines del siglo XIX y XX)* (2017). Publicó recientemente el libro *Migraciones en Argentina. Una historia de largo plazo* (en coedición con Dolores Linares, Prohistoria Ediciones, 2021). Dirige desde 2018 el Instituto de Estudios Históricos y Sociales de La Pampa (Conicet-UNLPAM).

Marcelino Irianni es doctor en Historia y Prehistoria, docente de las facultades de Ciencias Humanas (Tandil) y Ciencias Sociales (Olavarría), pertenecientes a la Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires [UNICEN]. Investigador del IEHS [Instituto de Estudios Histórico Sociales], dependiente de la UNICEN y de la Unidad Ejecutora IGEHCS, Conicet. En los últimos veinticinco años ha presentado sus avances de investigación en congresos nacionales e internacionales. Ha dictado numerosas conferencias y seminarios, además de publicar seis libros y medio centenar de artículos sobre inmigración vasca y temas de frontera en revistas especializadas y capítulos de libros en España, Italia, México, EEUU y Argentina.

Lucas Andrés Masán es doctor en Historia por la Universidad Nacional de La Plata [UNLP], magíster en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes [UNQ], Profesor en Artes Visuales (Instituto del Profesorado de Arte de Tandil) y Profesor de Ciencias Políticas (Instituto de Formación Docente N° 10). Becario doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas [Conicet] en el Centro Interdisciplinario de Estudios Políticos, Sociales y Jurídicos [CIEP FD FCH UNICEN]. Su investigación se focaliza en el estudio de la imagen y las visualidades como vía de acceso a las sensibilidades durante la segunda mitad del siglo XIX en Buenos Aires. Ha publicado artículos en revistas nacionales e internacionales y escrito capítulos de libro. Es uno de los coordinadores de *Hilando perspectivas sociales. Abordajes en torno a problemas argentinos. Siglos XIX, XX y XXI* (2019).

Irene Delfina Molinari es profesora y magister en Historia de la Universidad Nacional de Mar del Plata [UNMDP] y doctora en Historia por la Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires [UNICEN]. Profesora Asociada e investigadora, UNMDP, Grupo HISA, Centro de Estudios Históricos [CEHis] e Instituto Humanidades y Sociales [INHUS]. Sus primeras investigaciones giraron en torno a los estudios de género/historia de las mujeres. Posteriormente, se especializó en la Historia social de la Salud y la Enfermedad. Ha publicado diversos artículos en revistas académicas nacionales e internacionales y capítulos en libros. Su tesis doctoral fue publicada en la editorial Prohistoria bajo el título *Vencer el miedo. Historia social de la lepra en la Argentina*. Ha recibido diversos premios a la mejor tesis doctoral y distinciones por su labor y asesoramiento en la defensa de los derechos humanos.

Karina Ramacciotti es doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires. Investigadora principal del Conicet en la Universidad Nacional de Quilmes, lugar donde también es profesora titular de Historia Social. Es autora de *La política sanitaria del peronismo* (2009) y, junto con Carolina Biernat, de *Crecer y multiplicarse:*

la política sanitaria materno infantil argentina (1900–1960) (2013). Ha compilado *La Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión* (2008), *Generando el peronismo: estudios de cultura, política y género* (2009), *Políticas sociales: entre demandas y resistencias* (2012), *Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales* (2014), *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (2015), *Derroteros del Cuidado* (2019); *Mujeres, saberes y profesiones Un recorrido desde las ciencias sociales* (2019); *Los accidentes de trabajo en perspectiva histórica* (2019) e *Historias de la enfermería en Argentina. Pasado y Presente de una profesión.* (2020). En la actualidad es directora de proyectos de investigación en las universidades nacionales de Quilmes y de José C. Paz y de proyecto PISAC– COVID 19 “La Enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la pospandemia de la covid–19”.

Daniela Edelvis Testa es doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires, magíster en Diseño y Gestión de Programas Sociales (Flacso) y Licenciada en Terapia Ocupacional (UNSAM). Es docente en la Universidad Nacional Arturo Jauretche e integra el equipo de terapia ocupacional del hospital José T. Borda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se especializa en temas de salud, enfermedad, atención y cuidados. Sus áreas de estudio abarcan perspectivas sociohistóricas de salud y enfermedad, estudios sociales de la discapacidad, historia de las profesiones y terapia ocupacional social. Es autora del libro *Del Alcanfor a la vacuna Sabin. La polio en la Argentina* (Biblos, 2018) y ha publicado numerosos artículos en revistas especializadas.

Jorge Troisi Melean es PhD in History por Emory University, Estados Unidos. Profesor adjunto de Historia de América y profesor titular de Historia Económica Mundial en la Universidad Nacional de La Plata. Ha sido profesor visitante en diferentes universidades de Estados Unidos, Trinidad y Tobago, Paraguay y la Argentina. Coeditor de *Jesuitas en el Cono Sur* (2019), *Elites rioplatenses decimonónicas* (2018)

e *Historia de América Latina. Recorridos temáticos e historiográficos: siglos XIX y XX* (2017) y autor de *Socios incómodos, los franciscanos de Córdoba* (2016); *El Oro de los Jesuitas* (2012); y *Dardo Rocha, el último porteño* (2006). Ha publicado además artículos y brindó conferencias en diferentes partes del mundo. Ha sido becado por la Universidad de Harvard y por los gobiernos de Canadá y de Israel. Tiene su sitio sobre historia en Youtube. <http://youtube.com/c/jorgetroisi>



Cuando todo hacía parecer que los brotes de pestes, endemias o epidemias eran cuestiones del pasado, otro virus y otra pandemia llegaron sin previo aviso. La sensación de inseguridad se vio atizada por la inasible presencia del Covid-19 que signó nuestras experiencias vitales como nunca lo hubiéramos pensado ante el vertiginoso avance científico y tecnológico que la humanidad parecía haber alcanzado. ¿Qué percepción tuvieron las sociedades del pasado y la nuestra ante una enfermedad desconocida? ¿Contamos con repertorios culturales, políticos, económicos para superar psicológicamente los efectos de una pandemia? ¿Los intereses particulares influyen en las respuestas políticas a la catástrofe humana? Interpelado por este escenario de incertezas y situaciones que nos atraviesan, este libro procura reflexionar sobre las pandemias desde una perspectiva histórica y generar un aporte para volver a analizar contextos de epidemias y enfermedades con el fin de dar cuenta de esos escenarios pospandémicos.



Facultad de
CIENCIAS
HUMANAS
y Sociales

