

# La historia de la salud y la enfermedad

Recursos archivísticos y metodológicos  
de un campo historiográfico en construcción

Adriana Álvarez  
Compiladora



# **La historia de la salud y la enfermedad**

*Recursos archivísticos y metodológicos  
de un campo historiográfico en construcción*

ADRIANA ÁLVAREZ  
Compiladora



La historia de la salud y la enfermedad : recursos archivísticos y metodológicos de un campo historiográfico en construcción / Adrián Carbonetti ... [et al.] ; compilado por Alvarez, Adriana. - 1a ed. - Mar del Plata : EUDEM, 2018.  
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online  
ISBN 978-987-4440-46-4

1. Historia. I. Carbonetti, Adrián II. Alvarez, Adriana, , comp.  
CDD 907.2

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723 de Propiedad Intelectual.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio o método, sin autorización previa de los autores.

ISBN: 978-987-4440-28-0

*Este libro fue evaluado por la Dra. Dora Celton*

Primera edición: octubre 2018

© 2018, Adriana Álvarez

© 2018, EUDEM  
Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata  
3 de Febrero 2538 / Mar del Plata / Argentina

Arte y Diagramación: Luciano Alem y Agustina Cosulich

Imagen de tapa: María de los Ángeles Espinosa



Libro  
Universitario  
Argentino

**CiN REUN**  
Red de Editoriales  
de las Universidades Nacionales  
de la Argentina

# INDICE

<b>Introducción</b>	4
<b>Enfoque socio demográfico</b>	
En torno al uso de nuevas fuentes para el estudio sobre causas de muerte en la ciudad de Puebla México en el período revolucionario. 1911 - 1920	5
Fuentes documentales para el análisis histórico de la mortalidad	19
Mortalidad y años de esperanza de vida perdidos por enfermedades infecciosas y parasitarias en niños menores de 5 años. Provincia de Córdoba (Argentina), 1980-2011	29
<b>Las enfermedades y las epidemias como objeto de estudio</b>	
Epidemias de viruela y reducciones indígenas: dos casos en la frontera norte santafesina del s. XIX	41
La epidemia de influenza de 1918 en población urbana y rural de veracruz: Xalapa y Coatepec	57
Historia de una enfermedad y sus fuentes	67
Los enfermos de lepra en contextos de confinamiento	78
Vida cotidiana y familiar en el ingreso de la gripe español a la Argentina. Fines 1918	87
<b>Líneas de trabajo más recientes</b>	
La historia hospitalaria. Importancia y potencialidad	97
Un archivo de las grandes corporaciones tabacaleras para la historia del moderno hábito de fumar en Argentina	108
Salud e inmigración: registros y repositorios en Argentina y Brasil, ca. 1890-1930	112
Diálogos com a documentação história da saúde, doenças e loucura no ceará. (1886-1920)	122
Novas perspectivas em história social da saúde: espiritismo e eapometria no Rio Grande do Sul/ Brasil	133
Entre los fines y los medios. La revista viva cien años como corpus documental para un abordaje desde la nueva historia social de la salud y la enfermedad	143

## Introducción

La genéricamente conocida *Nueva Historia Social de la Salud y la Enfermedad*, en los últimos años ha expandido su itinerario de renovación y diversificación temática, en los marcos de la disciplina histórica cuya vitalidad y dinamismo es constante desde la segunda mitad del siglo XX. En ese marco, se han renovado los temas, nuevas problematizaciones han surgido, las escalas de observación han variado, lo que ha dado como resultado una mayor complejización de los análisis sobre la salud y la enfermedad en las sociedades a través del tiempo.

El objetivo de este libro es presentar mediante un conjunto de trabajos, una mirada sobre los diferentes tipos de acervos documentales, ya sean regionales, privados, oficiales, o de cualquier otro origen, pero que den cuenta, entre otras cuestiones, de las potencialidades que posee este sub campo. Entre ellas, los estudios comparados, problemáticas como vejez y salud, literatura y salud, los enfermos, entre otras cuestiones, que ameritan ser analizadas bajo la óptica de la interdisciplinariedad lo que conlleva a ponderar la importancia de la incorporación de herramientas metodológicas variadas.

El texto brinda un recorrido panorámico por diferentes líneas y temáticas. En el punto de partida se expone la actualidad de miradas como la diversidad de problemáticas abordadas, desde uno de los enfoques pioneros en el tratamiento de la historia de las enfermedades, como es el demográfico. Puesto que fue en este sub campo historiográfico donde la enfermedad como condicionante en la evolución poblaciones cobró un protagonismo singular a partir de la formulación de la teoría de la transición epidemiológica. Su iniciador, Omran (1971: 509-510) defendía la importancia de explicar la distribución de la enfermedad y la muerte, de sus determinantes y consecuencias en los grupos de población. A partir de allí los patrones de salud y enfermedad comenzaron a formar parte de una agenda de trabajo que dividía la comprensión del pasado en tres momentos «pestilencia y hambrunas», la etapa de «descenso y desaparición de las pandemias» y la etapa de «enfermedades degenerativas y producidas por el hombre». En las décadas siguiente este enfoque incorporó dimensiones tales como, las epidemiológicas, sociales, culturales, políticas y económicas. Paralelamente a los cambios señalados en la demografía, otra disciplina la Historia, ampliaba sus horizontes temáticos y temporales e incorporaba a la enfermedad como parte de la comprensión del pasado, dialogaba con la demografía, pero a la vez a la visión cuantitativa incorporaba interpretaciones sobre el Estado y la sociedad, que hicieron que las dolencias fueran dejadas de ser comprendidas como meros hechos biológicos para ser interpretadas como parte de contextos económicos, sociales, culturales y políticos. Ya no sólo importaban las estadísticas de mortalidad o morbilidad, sino los discursos, imágenes, estereotipos que sobre esos males desde distintos ámbitos (profesionales, religiosos, profanos, periodísticos, literarios etc) se generaban.

En la segunda del libro, se avanza sobre el estudio de las pestes en diferentes claves y registros, se muestran metodologías disímiles, acervos documentales variados y recortes de escala que combina aspectos temporales y espaciales cuyos fundamentos difieren pues son inherentes a cada una de las problemáticas tratadas. Los lectores podrán encontrar desde enfoques culturales que apuntan a entender la vida cotidiana frente a una epidemia; abordajes metodológicos y potencialidad de los recursos archivísticos para el siglo XIX; posibilidades, y herramientas teórico-metodológicas para diferenciar los enfoques rurales de los urbanos; como también la puesta en valor de repositorios de espacios médicos – científicos cuya riqueza es importantísima, abundante y variada, a lo que se suma los archivos privados los cuales aún permanecen en su gran mayoría sin ser identificados. Algunos de estos trabajos, apuntan a revelar la importancia de una documentación no accesible en los archivos históricos tradicionales, lo que abre infinitas posibilidades a futuras investigaciones abocadas a contextos provinciales, institucionales o biográficos.

La tercera parte se centra en trabajos de más reciente gestación, donde las instituciones médicas o no como el caso de las tabacaleras, son miradas desde un prisma que habilita a plantear nuevas preguntas a viejos problemas. La inmigración, la prenda, entre otras variantes se convierten en puertas de entrada para analizar las cuestiones de salud y enfermedad.

## Referencia

OMRAN, A., 1971, “Theepidemiologictransition; a theory of theepidemiology of populationchange”, in *MilbankMem-FundQuart*, núm. 49.

# En torno al uso de nuevas fuentes para el estudio sobre causas de muerte en la ciudad de Puebla, México en el período revolucionario. 1911 - 1920

*Miguel Ángel Cuenya*

## Las fuentes para el estudio de la mortalidad

Las fuentes existentes para el estudio de la mortalidad de los centros urbanos mexicanos en las primeras décadas del siglo XX, son amplias y abundantes. Diversos funcionarios municipales, estatales y federales, dejaron registros sobre salubridad, condiciones de vida y epidemias que afectaban la vida cotidiana de sus habitantes. En el caso de la ciudad de Puebla, se cuenta con diversos repositorios documentales: el Archivo del Registro Civil, Archivo General del Ayuntamiento de Puebla, Archivo General de Gobierno del Estado de Puebla, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud del Estado de Puebla, Archivo hospitales públicos y privados, archivos parroquiales, hemerotecas públicas, entre otros. La enorme masa de información existente, supera el trabajo individual de un académico, requiere de un equipo de investigadores que permita cubrir todos los “frentes”, no solamente en su aspecto cuantitativo, sino también cualitativo, es decir, analizar condiciones de vida, niveles de pobreza, política sanitaria implementada por las autoridades gubernamentales, participación de la sociedad civil, etc. Es decir, que el historiador pueda recrear las condiciones sociales en las que se desencadena una enfermedad responsable de enviar a un importante número de personas al panteón, tanto en tiempos “normales” como de epidemia.

Reconocemos que para el estudio del movimiento de la población, en el período posterior a 1870, el Archivo del Registro Civil presenta la información más completa, aunque siempre es indispensable realizar, en cada caso, un análisis crítico de la fuente, ya se trate del registro perteneciente a la oficina de un pequeño municipio o de un centro urbano que concentra un elevado número de habitantes; recordemos que todavía hacia finales de la década de 1910 sectores de la población continuaban manteniendo reservas y cuestionaban su funcionamiento, lo que origina que este acervo documental tan importante para los estudios histórico demográficos, presente muchas falencias y, en algunos casos, serias lagunas. Frente a esta situación, los archivos parroquiales continúan siendo los registros más confiables, en especial en pequeñas poblados, empero, en las grandes ciudades, la información se encuentra dispersa entre un número elevado de parroquias, que en el caso de la ciudad de Puebla, por ejemplo, ascendían a 8 en la década de 1910, cuyo acceso se ve facilitado – el día de hoy – gracias a la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días, que realizó una titánica tarea de microfilmación de los archivos del registro civil y parroquiales, los que pueden ser consultados en línea a través de la página *FamilySearch.org*. Algunos historiadores interesados en la historia de la población, consideran que lo ideal es realizar un análisis comparativo entre la información vertida en los archivos parroquiales y del Registro Civil a fin de cotejar los datos registrados.

En algunos casos, con motivo de alguna epidemia que golpeó severamente a una localidad, el párroco local levantaba un libro especial, como fue el caso de la pandemia de cólera morbus de 1833, en la ciudad de Puebla, en donde el párroco de San Marcos estableció un registro especial para los difuntos, los que debían obligatoriamente ser enterrados en el panteón de San Javier, construido ex profeso para tal fin. Realizamos una confrontación del registro existente en la parroquia de San Marcos, con otra localizada en el archivo del Ayuntamiento de Puebla, con los registros del Sagrario Metropolitano y las 4 parroquias en que se encontraba dividida la ciudad en esos momentos; trabajo que realizamos a fin de constatar la existencia de subregistro en el libro de defunciones “que con motivo de la epidemia de cólera morbus” se levantó en la parroquia de San Marcos. Si bien, realizar esta minuciosa investigación consumió un valioso tiempo de trabajo, constituyó una experiencia muy valiosa que pudiera ser utilizada en otros estudios sobre salud enfermedad e histórico-demográficos.

Revisando diversos trabajos que estudiaron en México el comportamiento de las diversas enfermedades que afectaron a la población en el período revolucionario (1911 – 1920), así como el comportamiento de la mortalidad, constatamos que éstos se basan en estadísticas elaboradas por dependencias oficiales, así como algunas

publicaciones periódicas, que daban a conocer los niveles mensuales de mortalidad para algunas ciudades del país, en especial la ciudad de México. Sin negar la calidad de estas investigaciones, no cabe la menor duda que un historiador que trabaje de manera aislada, se vería superado por la situación. La enorme masa de información existente en los libros del Registro Civil o en los archivos parroquiales, sobrepasa las posibilidades de trabajo de un investigador aislado; se trata de una tarea quijotesca y que difícilmente llegaría a buen término.

### Los libros del panteón Municipal de Puebla

Si bien es cierto que podríamos habernos acercado desde esta perspectiva para estudiar la mortalidad en la década revolucionaria en la ciudad de Puebla, teniendo presente que el censo nacional de 1910, registra para el municipio de Puebla 101,518 habitantes, consideramos que el tiempo que nos hubiera llevado recopilar la información registrada en los libros del Registro Civil, sobrepasaría ampliamente los tiempos que un investigador dispone para recabar la información en una base de datos; para la década 1911 – 1920; el promedio anual de defunciones es de 5,240, llegando algunos años, como 1915, a 9,397 registros. Ante esta situación, decidimos concentrarnos en la explotación de los *Libros del Panteón Municipal* de la ciudad de Puebla, resguardados desde hace poco tiempo en el Archivo del Ayuntamiento de Puebla (A.A.P.), en donde se asienta información diaria, sobre las inhumaciones realizadas en los dos cementerios dependientes del municipio (Municipal y La Piedad), el Panteón Francés y el del pueblo de San Baltazar. Los dos primeros se inauguraron en 1881 y 1891, respectivamente. En el A.A.P. se encuentran resguardados los libros correspondientes al período 1881-1985. Los registros de inhumaciones se encuentran organizados en libros, divididos por años, completos y en muy buen estado de conservación; presentan escasas lagunas de información. Así también, el A.A.P. nos ofrece diversas series documentales (Libros de Cabildo, expedientes de salubridad, basura, panteones, finanzas, etc.), que posibilita recrear las condiciones de vida en la ciudad para el periodo de estudio, de tal manera que se pueda realizar un estudio de mayor alcance.

La información que ofrece esta fuente es riquísima. Las autoridades del cementerio seguían al pie de la letra las instrucciones establecidas en el Reglamento del Cementerio Municipal vigente desde 1881. Allí se establecía que habría cinco tipos diferentes de inhumaciones, una de ellas gratuita;<sup>1</sup> las dimensiones de los sepulcros y la obligatoriedad de encalarlos, de manera especial en los casos correspondientes a una persona que hubiere fallecido a causa de una enfermedad infecto-contagiosa;<sup>2</sup> que cada sepultura debía ser para el entierro de un solo cadáver; se regulaban las exhumaciones; el establecimiento de una casa mortuoria en el interior del cementerio, en donde los cadáveres podían permanecer hasta 36 horas; se reglamentaba el tipo de vegetación y árboles que debían sembrarse, así como también, se indicaba con precisión, las obligaciones del Inspector General y de los administradores.

Los administradores debían vivir en el cementerio y permanecer en él constantemente (art. 22), vigilar que no se realizaran inhumaciones en otros panteones de la ciudad que habían sido clausurados (art. 16), mantener el orden y la limpieza (art. 18), así como atender a los deudos con decoro; no permitir que se realice “ninguna inhumación sin recibir la boleta del Juez del Registro Civil, y sin cerciorarse de que el ataúd contiene el cadáver que expresa la boleta”<sup>3</sup>, sin olvidarse de llevar los registros de inhumaciones y exhumaciones tal como lo determinaba el Reglamento. En el artículo 25° se establecía con precisión que en el caso de las inhumaciones,

1 Artículo 2do del *Reglamento del Cementerio Municipal*, Puebla, A.A.P., Boletín Municipal, 21 de Mayo de 1881, p. 4. En este artículo establece que: “Conocida la extensión del terreno y hecha su división, con el objeto antes indicado [el terreno del cementerio debería tener capacidad para contener cinco veces las inhumaciones correspondientes a un año], el espacio destinado a inhumaciones se dividirá en cinco partes, correspondientes a las cinco clases actualmente existentes, una para los enterramientos gratuitos y las cuatro restantes para los que se verifiquen pagando las cuotas que señala la tarifa vigente, o las que en adelante rigiere”.

2 A.A.P. *Reglamento del Cementerio Municipal*, Op. Cit., Art. 4to. “Tendrá cada sepulcro una longitud de dos y media varas, una de ancho y seis pies de profundidad, Sobre cada cadáver, después de colocado en el fondo de la sepultura, se echará una capa de lecha de cal medianamente espesa en los casos ordinarios, y muy espesa cuando la defunción haya acontecido por enfermedad contagiosa, epidémica, pútrida o maligna, peste, cólera, fiebre amarilla, tífus, viruela, gangrena, etc.”.

3 A.A.P., *Reglamento del Cementerio Municipal*, Op. Cit., art. 22, p. 5.

*se asentará en el libro el número de boleta expedida por el Juez del estado Civil, el del sepulcro en que se verifica la inhumación, el de la clase, según que sea gratuita o de alguna de aquellas por la cual se paga pensión municipal, nombre de la persona, edad y sexo, enfermedad de que murió y persona que se encargó de diligenciar la inhumación, fecha en que esta tuvo lugar.<sup>4</sup>*

Este reglamento estuvo vigente hasta el año de 1930, cuando fue sustituido por uno nuevo.

La información contenida en los registros del Panteón es la siguiente:

- 1) fecha de entierro
- 2) N° de entierro general (para todo el año)
- 3) N ° de entierro del mes
- 4) Cuartel Mayor
- 5) Cuartel Menor
- 6) Nombre del difunto/a
- 7) Sexo
- 8) Edad (años; en el caso de los niños en horas, días, meses o años)
- 9) Estado civil (niño, soltero, casado, viudo)
- 10) Profesión (en el caso de los varones mayores de 15 años)
- 11) Lugar de nacimiento (se indica la ciudad y/o pueblo de nacimiento)
- 12) Causa de muerte
- 13) Cementerio en el que se realiza la inhumación (Municipal, La Piedad, Francés, San Baltasar, etc.)
- 14) Observaciones (fecha de inhumación, traslado, etc.)

### **El estudio de la mortalidad**

Comprender el comportamiento de la mortalidad en un espacio urbano, en un periodo determinado, requiere conocer sus características, aquellas condiciones de vida que repercuten directa o indirectamente en la mortalidad, de allí que, revisamos minuciosamente el archivo municipal del A.A.P., en especial los expedientes de salubridad e higiene urbana.

Para la ciudad de Puebla, el período revolucionario (1911-1920) fue difícil. La ciudad al comenzar la década de 1910 orillaba los 100,000 habitantes (101,518).<sup>5</sup> Los problemas sociales existentes se agudizaron, la pobreza se vio fuertemente incrementada, mientras la estructura política se tornó muy volátil, y las actividades económicas se vieron mermadas. Los esfuerzos municipales por mejorar la situación de los más desprotegidos quedaron en buenas intenciones debido a los problemas financieros municipales.

A pesar de que Puebla no fue un centro de operaciones militares importantes ni campo de batalla entre grupos beligerantes, por su ubicación geográfica, sufrió los avatares de la guerra civil. Durante este periodo el centro urbano fue ocupado tanto por tropas carrancistas como zapatistas, así como por grupos armados que defendían los intereses de diversos caudillos regionales. Los problemas políticos afectaron la vida cotidiana, trajeron caos, desorden, violencia y diversos males, entre los que sobresalen el tifo, diversas enfermedades gastrointestinales, pulmonares y enfermedades venéreas, y para completar el panorama, debieron sortear a finales de la década la terrible pandemia de influenza española.

4 A.A.P., Reglamento del Cementerio Municipal, Op. Cit., art. 25, p. 5

5 Censo Nacional de Población, 1910, INEGI (edición facsimilar)



**Cuadro I.** Defunciones mensuales ciudad de Puebla. 1911 - 1920

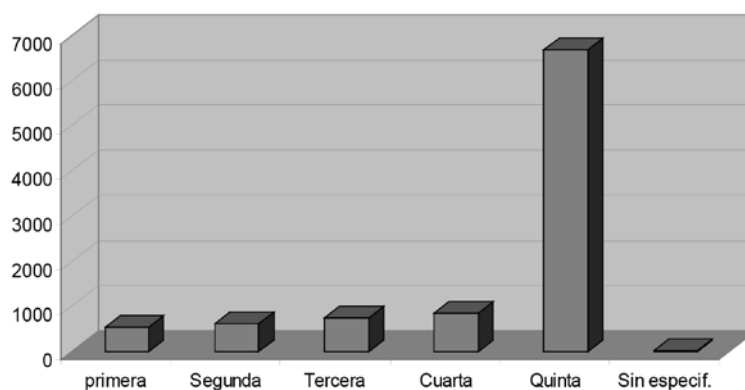
Meses	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920
Enero	163	347	401	409	545	1228	430	300	264	256
Febrero	325	333	365	358	487	966	294	272	261	292
Marzo	381	362	410	496	506	955	365	323	258	384
Abril	371	384	431	475	572	740	305	335	235	329
Mayo	399	354	447	449	629	748	330	416	287	318
Junio	361	293	302	410	682	644	298	283	268	278
Julio	389	337	353	406	748	632	293	284	256	267
Agosto	325	340	319	471	834	646	285	247	284	255
Septiembre	273	287	365	466	884	530	243	277	244	287
Octubre	338	320	381	446	1004	500	341	1150	221	295
Noviembre	289	343	388	481	1264	503	310	1758	232	293
Diciembre	368	370	393	516	1242	526	287	287	301	314
Totales	3982	4070	4555	5383	9397	8618	3781	5932	3111	3568
Promedio mensual	331.8	339.1	379.6	448.6	783.1	718.2	315.1	494.3	259.3	297.3

**Fuente:** A. A. P., Libros del Panteón Municipal de Puebla, 1911 – 1920.  
 Contiene información de las inhumaciones realizadas en los panteones Municipal, la Piedad, Francés y San Baltasar.

Existen constantes referencias documentales en el Archivo del Ayuntamiento de Puebla en relación a las condiciones de vida y niveles de pobreza en el centro urbano, pero la fuente que mejor registra los niveles de vida se encuentra en los libros de inhumaciones del Panteón Municipal, en donde se anotó la calidad o tipo de entierro realizado en los diversos cementerios de la ciudad (Municipal, La Piedad, Francés y San Baltasar).

Si tomamos como base 1915, año en que se cavaron un total de 9,397 fosas, se puede observar que el 71.2% del total correspondió a entierros gratuitos o de 5ta clase, y si a ellos se agregamos los de 4ta clase (9%), que abonaban una módica suma, nos encontramos con que el 80% del espacio asignado para sepulturas en los cementerios de la ciudad, y de manera especial en el Panteón Municipal, fue para darle cristiana sepultura a los pobres y humildes habitantes de la ciudad que constituían la inmensa mayoría de su población, índice porcentual que se verá incrementado en la medida que las autoridades municipales autorizaron, que un importante número de funcionarios públicos y miembros del ejército, fueran inhumados –de manera gratuita- en sepulcros de 1°, 2° y 3° clase, en reconocimiento a los servicios prestados.

**Gráfico I.** Defunciones según tipo de entierro. 1915



**Fuente:** A.A.P., Libros de registros del Panteón Municipal, 1915

A fin de tener un panorama del comportamiento general de la mortalidad, tomaremos los años 1911, 1915 y 1919. Lo primero que nos llama la atención, es que la mortalidad de los menores de 13 años mantienen los elevados guarismos registrados a finales del siglo XIX; casi el 50% del total de las defunciones corresponden al sector, lo que nos indica las precarias condiciones de vida existentes..

**Cuadro II.** Ciudad de Puebla, Panteón Municipal. Defunciones totales 1911 - 1919

Meses	1911				1915					1919					
	adultos	%	niños	%	total	adultos	%	niños	%	total	adultos	%	niños	%	total
enero	159	55.59	127	44.41	286	261	53.81	224	46.19	485	91	43.54	118	56.46	209
febrero	156	57.35	116	42.65	272	226	52.93	201	47.07	427	105	47.73	115	52.27	220
marzo	158	49.22	163	50.78	321	224	51.97	207	48.03	431	102	45.33	123	54.67	225
abril	160	52.63	144	47.37	304	258	51.60	242	48.40	500	82	41.62	115	58.38	197
mayo	187	55.00	153	45.00	340	244	45.86	288	54.14	532	89	37.87	146	62.13	235
junio	153	49.51	156	50.49	309	246	42.49	333	57.51	579	88	37.93	144	62.07	232
julio	194	54.34	163	45.66	357	316	48.92	330	51.08	646	89	41.01	128	58.99	217
agosto	147	53.07	130	46.93	277	398	55.51	319	44.49	717	91	38.24	147	61.76	238
septiembre	123	51.68	115	48.32	238	426	56.57	327	43.43	753	78	39.00	122	61.00	200
octubre	173	57.86	126	42.14	299	494	58.46	351	41.54	845	100	51.55	94	44.45	194
noviembre	149	58.2	107	41.8	256	639	60.17	423	39.83	1062	80	41.67	112	58.33	192
diciembre	176	55.87	139	44.13	315	648	63.47	373	36.53	1021	105	42.17	144	57.83	249
<b>TOTALES</b>	<b>1935</b>	<b>54.14</b>	<b>1639</b>	<b>45.86</b>	<b>3574</b>	<b>4380</b>	<b>54.76</b>	<b>3618</b>	<b>45.24</b>	<b>7998</b>	<b>1100</b>	<b>42.18</b>	<b>1508</b>	<b>57.82</b>	<b>2608</b>

Fuente: A.A.P., Libros del Panteón Municipal, 1911 - 1915 - 1919

Ahora bien, si tomamos como referencia 1911, año que presenta una mortalidad “normal”, sin sobresaltos, encontramos una sobremortalidad masculina (54.22%); sobremortalidad que refleja algunas de las características demográficas de la ciudad, en donde la presencia de migrantes aumenta constantemente. En este sentido, nuestra observación se confirma si revisamos la mortalidad de la población mayor de 13 años (considerada por la documentación de la época como población adulta): según el estado civil: 49.10% del total de difuntos adultos son solteros, guarismo muy elevado que hace referencia a la situación matrimonial de la población migrante, que sobrevive en condiciones muy difíciles y que posterga durante un tiempo prolongado el matrimonio. Entre este grupo, el 52.55% de los registros corresponde a difuntos cuya edad fluctúa entre los 20 y los 59 años.

Ahora bien, ¿cuáles eran las enfermedades o dolencias que más afectaban a los habitantes de la ciudad? Los registros del Panteón Municipal nos muestran un cuadro muy amplio de causas que originaron las defunciones, las que hemos reunido en nueve conjuntos, a sabiendas que este agrupamiento puede ser arbitrario, pero nos permite tener una perspectiva más amplia y puntual del problema. Los nueve rubros son los siguientes: 1) enfermedades del sistema respiratorio, 2) enfermedades gastrointestinales y hepáticas; 3) enfermedades del corazón, 4) enfermedades cancerosas; 5) enfermedades maternas; 6) lesiones; 7) alcoholismo, 8) otras, y 9) enfermedades no especificadas.<sup>6</sup>

6 En las enfermedades del sistema respiratorio se agruparon un número muy amplio, entre las que destacan: asma; bronquitis capilar; bronco neumonía; bronquitis aguda, catarral y crónica; catarro bronquial, sofocante y gripal; enfisema pulmonar; pulmonía; tuberculosis pulmonar; tos ferina; pleuro neumonía, entre otras. Dentro de la enfermedades gastrointestinales y hepáticas: afección biliar; disentería; diarrea; enterocolitis, tifoidea, gastritis, gastroenteritis, oclusión intestinal, enteritis, entre las más importantes. Entre las enfermedades del corazón, destacan: angina de pecho, insuficiencia mitral, lesión del corazón, síncope cardíaco, lesión mitral del corazón, lesión orgánica del corazón, insuficiencia orgánica del corazón, afección cardíaca, lesión valvular del corazón, entre otras. Por su parte, la medicina de la época tenía un amplio conocimiento de las diversas dolencias cancerosas responsable de la muerte de muchas personas: cáncer, absceso canceroso, cáncer de hígado, cáncer de matriz, cáncer uterino, cáncer de próstata, cáncer en la boca, cáncer intestinal, cáncer laríngeo, caquexia cancerosa, sarcoma cancerosa, entre los más anotados. Las defunciones ocasionadas por lesiones son muy variadas, especialmente aquellas ocasionadas con arma blanca o arma de fuego, aunque también resaltan; machacamiento, traumatismo, fractura de cráneo, descarga eléctrica, contusión cerebral, quemaduras, ahogamiento por inmersión, etc. Agrupamos dentro del séptimo grupo: alcoholismo, congestión alcohólica, cirrosis alcohólica, congestión etílica, hidropesía alcohólica, etc. El resto

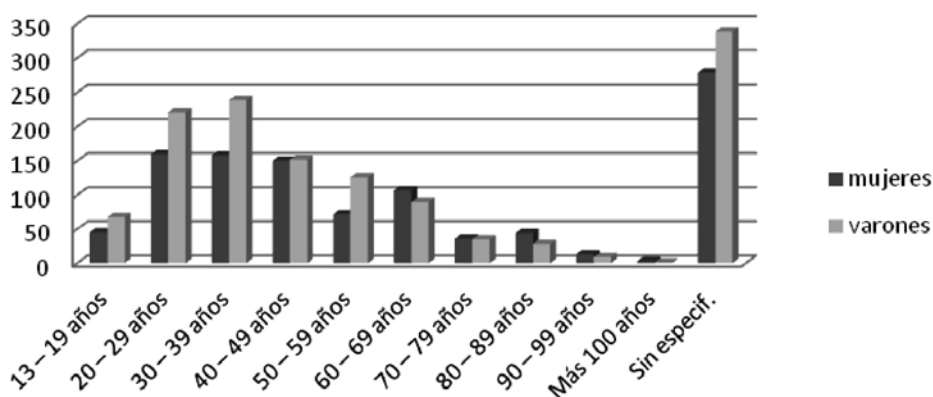
**Cuadro III.** Defunciones adultos por grupo de edad ciudad de Puebla. 1911

Grupo de edad	defunciones	%
13 – 19 años	112	4,59
20 – 29 años	382	15,66
30 – 39 años	398	16,31
40 – 49 años	303	12,42
50 – 59 años	199	8,16
60 – 69 años	198	8,11
70 – 79 años	71	2,91
80 – 89 años	71	2,91
90 – 99 años	22	0,90
Más 100 años	4	0,16
Sin especificar	680	27,87
TOTALES	2440	100,00

Fuente: A.A.P., Libros de Registros del Panteón Municipal, 1911

Las dos primeras (enfermedades del sistema respiratorio y gastrointestinales) eran las responsables del 47.20% de las defunciones de la población mayor de 13 años. Porcentaje muy elevados que, de nueva cuenta, muestran las difíciles condiciones de vida de amplios sectores de la población, y las deficientes condiciones de salubridad reinante en la ciudad.

**Gráfico II.** Defunciones adultos por grupo de edad. Ciudad de Puebla. 1911



Fuente: A.A.P., Libro del Panteón Municipal 1911

Entre las enfermedades del aparato respiratorio, debemos hacer una mención especial a los estragos causados por la tuberculosis, enfermedad social que carcomía a la población en edad productiva, que reflejaba las malas condiciones existentes en las enormes vecindades, verdaderos caldos de cultivo de diversas dolencias infecto-contagiosas. En 1911 la tuberculosis pulmonar fue responsable de enviar a 254 poblanos al sepulcro, ascendiendo su letalidad anualmente hasta alcanzar en 1915 los 300 casos.<sup>7</sup>

de las enfermedades son muy variadas y difíciles de agrupar debido a su diversidad.

<sup>7</sup> Debemos hacer mención sobre la existencia de un amplio subregistro en relación con la tuberculosis pulmonar; socialmente esta enfermedad se “maquillaba” detrás de otras causas de muerte de origen pulmonar, por lo que la letalidad era mucho mayor a la registrada oficialmente en el Registro Civil del Estado de Puebla o en los libros de inhumaciones del Panteón Municipal.

## La mortalidad infantil

La mortalidad de los menores de 13 años en la década revolucionaria (1911 – 1920), de acuerdo a los libros de entierros del Panteón Municipal presenta un comportamiento bastante similar a la observada en la década de 1890; casi el 50% de los óbitos (47.71%) correspondieron al sector.

Si nos atenemos a la mortalidad por sexo encontramos que más del 50% de los óbitos correspondió a varones, variando entre el 52.7% para 1911 al 53.4 % para 1919. Si desglosamos la información por grupo de edad, visualizamos que la mortalidad neonatal constituye el grupo más numeroso, alcanzando en 1919 el 45.6% del total; la excepción la encontramos en 1915, que desciende al 20.3% debido que en ese año diversas enfermedades gastrointestinales enviaron al sepulcro a un número muy importante de niños, especialmente a los ubicados en el rango de edad 1 – 5 años (38.5%). Los menores de un año (mortalidad post-neonatal) siempre constituían el grupo más vulnerable, que se veía afectado por diversas enfermedades, elevando los índices de mortalidad muchas veces muy por encima del 50% del total, como sucedió en 1911 (63.3%) y 1919 (69.2%).

Ahora bien, ¿cuáles eran los males más importantes que afectaron a los niños en la ciudad de Puebla a lo largo del decenio? Teniendo presente la información registrada en los libros de inhumaciones del Panteón Municipal para 1919, año que la mortalidad presentó un comportamiento sin alteraciones ocasionadas por epidemias o enfermedades recurrentes que afectaran su normal comportamiento, hemos agrupado las principales dolencias que aquejaban a los pequeños en cinco grandes grupos: 1) enfermedades gastrointestinales; 2) del aparato respiratorio o pulmonares; 3) neonatales; 4) infecciosas; 5) otras. Los tres primeros rubros concentran casi el 87% (86.6) del total. En el primer grupo, sobresalen las siguientes enfermedades: enteritis, gastroenteritis, infección intestinal, enterocolitis, diarreas y disentería; en el segundo grupo (enfermedades del aparato respiratorio), destacan: neumonía, bronconeumonía, bronquitis, pulmonía y catarro gripal; las neonatales son las que ocasionaban el mayor número de decesos, destacando entre las causas más importantes: falta de desarrollo, eclampsia, maceración, parto, sífilis hereditaria, alcoholismo hereditario y asfixia; por su parte, es interesante destacar que entre las enfermedades infecciosas que todavía están presentes en la Angelópolis, se encuentran la viruela, el sarampión, la tos ferina, y la difteria.

**Cuadro IV.** 1919. Panteón Municipal de Puebla. Mortalidad menores 13 años

Enfermedades	enero	feb.	marzo	abril	mayo	junio	julio	ago.	sept.	oct.	nov.	dic.	Totales	%
Gastrointestinales	31	18	28	30	68	61	53	44	31	21	25	27	437	28.9
Pulmonares	27	47	29	25	29	31	15	20	17	18	15	33	306	20.3
neonatales	40	40	44	51	34	41	32	58	62	44	57	66	569	37.7
infecciosas	1			2	12	7	4	7	7	3	9	8	60	3.9
otras	17	10	22	6	3	4	22	16	5	7	5	9	126	8.4
Sin especificar	2			1			2	2		1	1	1	10	0.7
Totales	118	115	123	115	146	144	128	147	122	94	112	144	1508	100

Fuente: A.A.P. Libros de registros del Panteón Municipal de la ciudad de Puebla - 1919

Una reflexión especial merece el tercer grupo (mortalidad neonatal), que como anotamos líneas arriba, ocasionaba el 37.7 % del total de defunciones infantiles. Este tipo de dolencias afectaban básicamente a los infantes recién nacidos, o a las pocas horas de nacer; casi siempre fallecían sin que fuera registrado su nombre, anotándose un lacónico “niño/a sin nombre”. Las causas debemos buscarlas entre las marcadas condiciones de insalubridad y marginación social existente. Estas condiciones de vida conllevan consecuencias serias para los pequeños, generar graves enfermedades durante el proceso de gestación: ya sea ocasionado por eclampsia, maceración, debido a los hábitos alcohólicos del padre, a la gran difusión de enfermedades venéreas, en especial la sífilis, que se habían convertido en un verdadero azote social, y en menor grado debido a ciertas “afecciones uterinas de la madre”. Si bien se registra que a consecuencia de sífilis hereditaria fallece en 1919 casi el 19 %

de los niños recién nacidos, consideramos que esta situación debe haber sido mucho más grave, al tratarse de una enfermedad social.<sup>8</sup>

Por su parte, las enfermedades gastrointestinales (enteritis, gastroenteritis, infección intestinal, enterocolitis, diarrea y disentería), a diferencia de aquellas que afectaban el sistema respiratorio, se agudizaban en temporada de calor, de manera especial, de mayo a septiembre, siendo las responsables del 29% (28.9%) del total de las defunciones infantiles.

### Causa de muerte

Enfermedades	Pulmonares	Neonatales	Sin especificar	otras
<b>Gastrointestinales</b>	Bronconeumonía	Afección moral de la madre	Causa desconocida	Desnutrición
Gastroenteritis	Bronquitis capilar	Afección uterina de la madre	Enfermedad natural	Raquitismo
Enteritis	Bronquitis	Alcoholismo paterno	Se ignora causa de muerte	Hemofilia
Infección intestinal	Pulmonía	Atrepsia		Infección umbilical
Enterocolitis	Catarro	Debilidad congénita		Miseria fisiológica
Diarrea	Catarro gripal	Eclampsia		Mal de Bright
Disentería	Asfixia	Falta de desarrollo		Lesiones
		Maceración		Tifo
		Parto laborioso		Viruela
		Parto distócico		Sarampión
		Parto múltiple		Difteria
		Parto prematuro		
		Parto prolongado		
		Sífilis hereditaria		

Ya hemos señalado que 1915 fue un año muy enfermizo; los habitantes de la Angelópolis no solo tuvieron que enfrentar las ya consabidas enfermedades gastrointestinales y pulmonares, que ese año alcanzaron niveles muy por encima de los registros “normales”, sino que también tuvieron que sufrir –durante los últimos meses de 1915 y primeros de 1916-, una terrible epidemia de tifo que envió al sepulcro a un elevado número de ciudadanos, la mayor parte de ellos adultos, sino que también, el sarampión y la viruela se hicieron presente y golpearon a la población menor de 12 años.

**Cuadro V. 1919. Panteón Municipal de Puebla. Defunciones neonatale**

Enfermedades	enero	feb.	marzo	abril	mayo	junio	julio	ago.	sept.	oct.	nov	dic.	Totales	%
asfixia	5	2	6	6		1	2	5	4	1	5	9	46	8.1
eclampsia	4	8	2	3	1	3		3	2	4	3	5	38	6.7
parto	3	6	4	7	3	9	5	8	5	3	4	5	62	10.9
falta de desarrollo	15	10	15	8	7	9	8	15	20	8	12	8	135	23.7
maceración	1	1	3	4	8	4	2	4	12	12	10	14	75	13.2
sífilis hereditaria	7	11	10	8	2	8	12	15	7	10	9	7	106	18.6
afec. uterina madre			1	2	2	2	3	1		4	4	3	22	3.9
otras	5	2	3	13	11	5		7	12	2	10	15	85	14.9
<b>Totales</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>44</b>	<b>51</b>	<b>34</b>	<b>41</b>	<b>32</b>	<b>58</b>	<b>62</b>	<b>44</b>	<b>57</b>	<b>66</b>	<b>569</b>	<b>100</b>

Fuente: A.A.P. Libros de registros del Panteón Municipal de la ciudad de Puebla - 1919

<sup>8</sup> Sobre el particular remitimos al lector al artículo de Rosalina Estrada Urroz “¿Público o privado?. El control de las enfermedades venéreas del porfiriato a la Revolución”, en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, N° 33, enero-junio de 2007, pp. 33-56.

### 1915 : El tifo exantemático

A partir de 1880 el tifo se había mantenido controlado; fueron pocos los años en los que se vio un fuerte incremento de las defunciones ocasionadas por la mortal enfermedad: 1894, 1904 y 1911 fueron tres años en los que las muertes ocasionadas por rickettsias despuntaron las 130 defunciones anuales, alcanzando en 1911 un máximo de 204; pero una vez que se superaban estos momentos de alarma, todo regresaba a la normalidad, tal como aconteció en 1912, 1913 y 1914, no obstante, las autoridades sabían que el tifo estaba al acecho, y que debían estar preparadas para enfrentar la enfermedad, y tal como suponían 1915 y 1916 fueron años verdaderamente graves: el tifo alcanzó proporciones epidémicas como hacía muchas décadas no se presentaba. Según los registros del panteón Municipal en 1915 fueron sepultados, en el mencionado cementerio, a causa de esta enfermedad, un total de 999 personas y en 1916 la cifra ascendió a 1076, tal como puede verse en el cuadro VI.

A partir del mes de octubre de 1914 las rickettsias comenzaron a incrementar su actividad haciendo subir las defunciones. En los primeros nueve meses del año se registró un promedio de 5,4 defunciones mensuales, pero en los últimos tres meses (octubre, noviembre y diciembre) ascendió a 11,6. Los niveles de pobreza se hacían ahora más notorios, y el frío de los meses invernales facilitaba el contagio.

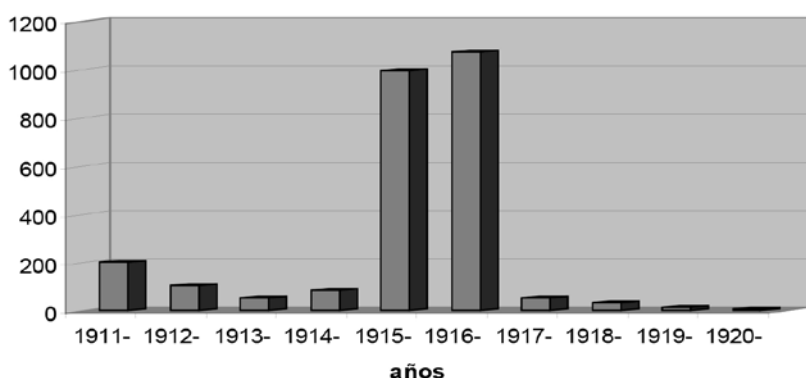
**Cuadro VI.** Defunciones ocasionadas por el tifo en la ciudad de Puebla. 1911 – 1920

Meses	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920
enero	18	16	3	7	21	256	18	2	1	
Febrero	20	18	6	7	28	212	12	2	1	
Marzo	30	22	9	5	44	228	4	4	2	
Abril	20	17	5	2	48	137	3	4	1	
Mayo	12	7	5	8	52	86	5	1	1	1
Junio	12	8	6	1	34	47	1	2	1	
Julio	11	3	2	1	52	30		2		1
Agosto	14	3	5	9	80	26	4	2	1	
Septiembre	16	2	3	9	78	13			2	1
Octubre	16	1	2	14	118	15	2	5		3
Noviembre	16	3	3	11	187	10	2	9	1	2
Diciembre	19	4	4	10	257	16	1		2	1
<b>Totales</b>	<b>204</b>	<b>104</b>	<b>53</b>	<b>84</b>	<b>999</b>	<b>1076</b>	<b>52</b>	<b>33</b>	<b>13</b>	<b>9</b>

Fuente: Libros de Registro del Panteón Municipal de la ciudad de Puebla – 1911 – 1920

El nuevo año había comenzado con malos augurios duplicando en enero y febrero los niveles alcanzados a finales de 1914, para alcanzar un promedio de 24,5 defunciones; a partir de marzo y hasta finales de julio, vuelven a duplicarse los guarismos para trepar a una media mensual de 38 registros; en agosto y septiembre, asciende de nueva cuenta a unos 79 entierros por mes. A partir de comienzos de octubre la epidemia de tifo estaba declarada, alcanzado en los meses de diciembre de 1915 y enero de 1916 las 256 defunciones mensuales, y mantener una alta letalidad los siguientes tres meses (febrero, marzo abril); comenzará a disminuir la virulencia de las rickettsias paulatinamente hasta alcanzar la normalidad (de 10 a 15 defunciones mensuales) hacia el mes de septiembre.

**Gráfico III.** Defunciones por tifo en la ciudad de Puebla. 1911 – 1920



**Fuente:** Libros de Registro de entierros del Panteón Municipal – 1911 – 1920

En solo siete meses (octubre de 1915 – abril de 1916), el tifo exantemático había enviado al sepulcro a un total de 1,395 habitantes de la angelópolis (tasa 1,37), tal como puede verse en el cuadro VII

El tifo afectó principalmente a población adulta, y de allí el profundo impacto que ocasionó. La mayor parte de los casos ocurrían entre la población económicamente activa, entre los 21 y los 50 años, sector de la población que contribuía con el 67% del total de las defunciones ocasionadas por la enfermedad.

**Cuadro VII.** Defunciones por tifo en la ciudad de Puebla. 1915 – 1916

Meses	1915	1916
Enero	21	256
Febrero	28	212
Marzo	44	228
Abril	48	137
Mayo	52	86
Junio	34	47
Julio	52	30
Agosto	80	26
Septiembre	78	13
Octubre	118	15
Noviembre	187	10
Diciembre	257	16
Totales	999	1076

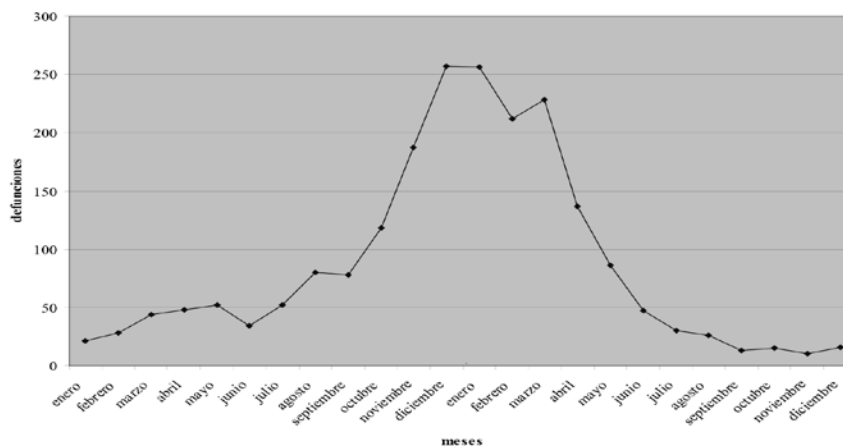
**Fuente:** A.A.P., Libros del Panteón Municipal. 1915 y 1916

Es muy interesante observar la relación existente entre mortalidad y actividad socio-profesional en el caso del tifo, en la medida que afectó, como señalamos, principalmente a la población económicamente activa. Lamentablemente del total de defunciones que anotan, para 1915 y 1916, como causa de muerte el tifo (2,075), en un porcentaje muy elevado no se registra la actividad socio-profesional, como es el caso de los niños y las mujeres (66% del total), concentrándose básicamente esta anotación entre los hombres.<sup>9</sup> Con la información

<sup>9</sup> Debemos llamar la atención que tampoco se asentó la actividad profesional a un importante número de personas desconocidas, que

que disponemos, lo primero que se observa es gran dispersión de actividades, aunque unas pocas concentran el mayor número de casos; carpinteros, comerciantes, empleados, jornaleros, lavanderas, sirvientes y tejedores son los trabajadores más golpeados, especialmente jornaleros, comerciantes y tejedores, actividad profesional ocupada por una población pobre que vivía en condiciones de miseria generalizada. En el caso de los sirvientes y lavanderas, es evidente que el contacto con la ropa proveniente de enfermos de tifo y llena de piojos, se encontraban mucho más expuestas a un posible contagio.

**Gráfico IV. Epidemia Tifo. Ciudad de Puebla. 1915-1916**



Fuente: A.A.P., Libros de Registros del Panteón Municipal de la ciudad de Puebla, 1915 - 1916

El tifo había golpeado a una ciudad en una coyuntura muy difícil. La Revolución profundizó los problemas existentes y el costo en vidas fue muy elevado.

### 1918: la influenza española

La pandemia de influenza “española” es una de las más estudiadas a nivel internacional. La enorme difusión a nivel mundial que tuvo el virus influenza al término de la Gran Guerra, que causó alrededor de 50 millones de muertos, impactó a un numeroso grupo de investigadores, quienes siguen discutiendo hasta el día de hoy en torno al foco originario, así como también, sobre el impacto demográfico de la pandemia. En cuanto al impacto de la influenza en territorio mexicano, lamentamos que todavía son muy pocos los estudios realizados hasta el momento, por lo que no se puede presentar un panorama nacional.

En lo referente al caso poblano, incursionamos sobre el análisis de la pandemia a través de los libros del Panteón Municipal. El primer problema que se nos presentó al revisar las series fue el siguiente: ¿Cómo identificar a la población afectada por el virus gripal?; nuestro interrogante surge cuando encontramos que los certificados de defunción presentados ante las oficinas del Registro Civil y el Panteón Municipal, al anotar causa de muerte, durante los fatídicos meses de octubre y noviembre y diciembre de 1918, hacen referencia a diversas dolencias del sistema pulmonar. Se menciona como causa de muerte a la gripe, influenza, catarro gripal, neumonía aguda, pleuroneumonía, bronconeumonía, entre otras, tal como puede verse en el cuadro VIII.

En virtud de que el virus gripal en su tipo “A” se presentaba casi siempre con complicaciones neumónicas bacterianas y virales, optamos por tomar todos aquellos casos que hacen referencia a este tipo de complicaciones de origen gripal. No tomamos en consideración los casos de pulmonía, bronquitis crónica, bronquitis capilar, tuberculosis pulmonar, y otras enfermedades relacionadas con el aparato respiratorio, como congestión pulmonar, lesión pulmonar, enfisema pulmonar, asfixia, tos ferina (coqueluche) y catarro, a excepción que hubiera relación directa con la gripe.

las autoridades encontraban sin vida en lugares deshabitados o abandonados, con claros signos de haber sufrido tifo exantemático; se trataba de migrantes envueltos en la miseria y que encontraron la muerte en la ciudad sin recibir ningún tipo de ayuda.



**Cuadro VIII.** Causa de muerte registrada en los libros del Panteón Municipal, relacionadas con la pandemia de influenza de 1918

Gripa	Gripa hemorrágica
Influenza	Gripa pulmonar
Neumonía gripal	Broncopulmonía
Bronconeumonía	Laringitis gripal
Neumonía doble	Endocarditis gripal
Influenza española	Epidemia pulmonar
Neuralgia gripal	Gripa bronquial
Influenza grave	Gripa neumónica
Pleuroneumonía	Tos ferina gripal
Gripa bronconeumónica	Complicaciones gripales
Gripa infecciosa	Bronquitis catarral
Gripa española	Bronquitis aguda
Bronconeumonía gripal	Pulmonía gripal

Fuente: A.A.P., Libros del Panteón Municipal Vol. 45 y 48

Tomamos en consideración, también, el comportamiento registrado en los primeros nueve meses del año 1918, encontrando que las defunciones ocasionadas por dolencias pulmonares tenían un peso muy elevado entre las enfermedades más comunes de la población, representaban el 23.7% del total. Con los fríos de enero y febrero, arreciaban las dolencias respiratorias; niños y adultos eran víctimas de diversos microorganismos que ocasionaban bronquitis, neumonía, pulmonía o catarro bronquial, aumentaban los casos de fallecimiento por tuberculosis, enfisema pulmonar, y se agudizaban los casos de muerte motivada por bronquitis crónica. En temporada de lluvias (mayo – septiembre), los casos de pulmonía se incrementaban, al tiempo que el catarro bronquial ocasionaba varias defunciones.

**Cuadro IX.** Defunciones totales ciudad de Puebla. 1918

Mes	Defunciones
Enero	300
Febrero	272
Marzo	323
Abril	335
Mayo	416
Junio	283
Julio	284
Agosto	247
Septiembre	277
Octubre	1150
Noviembre	1758
Diciembre	287
Total	5,932

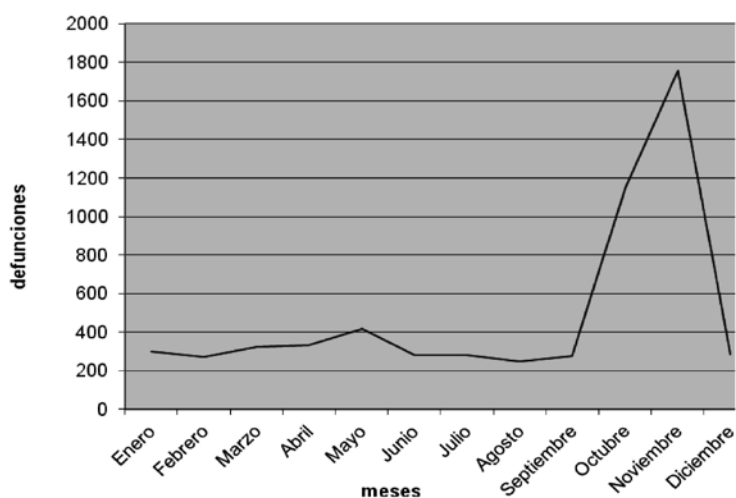
Fuente: A.A.P. Libros del Panteón Municipal, Vol. 45 y 48.

El primer entierro causado por la gripe se realizó el 10 de octubre, pero pasó casi desapercibido. Siete días más tarde las defunciones ocasionadas por el mortal virus comenzaron a aumentar; el 17 fueron cuatro, el 18 cinco,

el 21 había saltado a catorce, el 25 a cuarenta y uno, incrementándose día a día, hasta alcanzar su cúspide del 28 de octubre al 5 de noviembre; en solo nueve días la influenza envió al sepulcro a 1,058 personas; a partir de esos momentos comenzó a disminuir paulatinamente, hasta que fue perdiendo virulencia, y entrar en la etapa de extinción a partir del 20 de noviembre. Todavía en el mes de diciembre se detectan algunos pocos casos. Durante el tiempo que duró la pandemia en la ciudad, unos 70 días aproximadamente, ocasionó un total de 1,828 defunciones (tasa de 1,80), el 30.8% del total de óbitos acaecidos en el año (5,932).

Es interesante anotar brevemente que si en los primeros nueve meses del año (enero-septiembre), la mortalidad por sexo registra que el 52.21% del total correspondió al sector masculino, la influenza ocasionó una mortalidad por sexo en las mismas proporciones pero inversa, es decir, el 52.6% del total correspondió al grupo femenino.

**Gráfica V.** Defunciones enfermedades pulmonares. Ciudad de Puebla. 1918



Fuente: A.A.P., Libros del Panteón Municipal Vol. 45 y 48

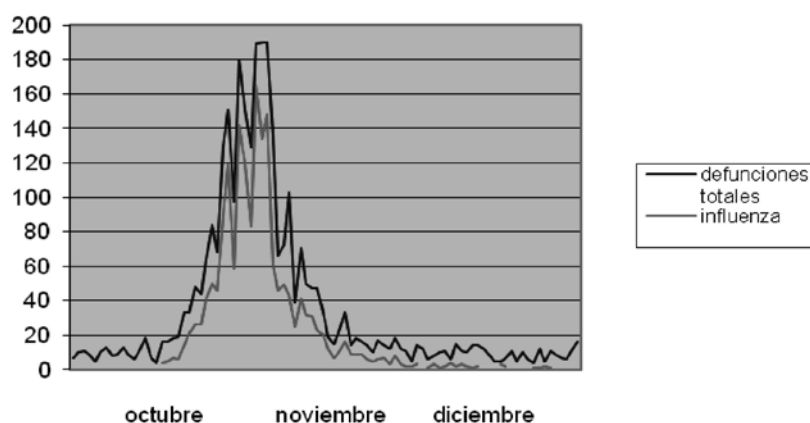
Situación similar, puede ser observada si analizamos la mortalidad por grupo de edad: niños/adultos. De enero a septiembre de 1918, el carácter de la mortalidad fue mayoritariamente infantil; encontramos que el 56.4% del total de entierros realizados correspondieron a niños. Mientras que durante los meses de octubre, noviembre y diciembre, el comportamiento fue inverso, es decir, la influenza atacó primordialmente a adultos jóvenes en edad productiva. Sobre un total de 1.828 defunciones ocasionadas por el virus gripal, casi el 60 % (59.3%) del total correspondió a población adulta, coincidiendo con el comportamiento observado en otras regiones.

La Influenza trastocó la vida en la ciudad. Los negocios cerraban sus puertas, la Iglesia elevaba plegarias a sus santos más milagrosos pero, a diferencia de periodos anteriores, esta vez se tenía claridad de que mantener reuniones en lugares cerrados facilitaba el proceso de contagio, por lo que muchos templos cerraron temporalmente.

Las autoridades municipales se vieron superadas por la situación y los conflictos políticos existentes agudizaron aun más la situación. Los problemas financieros del Ayuntamiento se sintieron con fuerza durante la pandemia. La corporación municipal, consciente de los problemas económicos y humanos existentes, acordó trabajar mancomunadamente con las autoridades estatales y federales. Se constituyó una Junta de Sanidad presidida por un funcionario federal<sup>10</sup>, en la que participaba un representante del Gobierno del Estado y otro del Ayuntamiento de la ciudad. Ante la situación económica poco podía hacer la Junta, salvo ordenar el cierre temporal de cines, teatros, toreros e Iglesias, para evitar el contagio, al tiempo que se fijaban avisos públicos con recomendaciones, tanto para evitar contraer la influenza como para tratar la enfermedad.

10 El Gobierno Federal nombró al Dr. Luis G. Unda, quien se encargó de presidir la Junta de Sanidad. Cfr. A.A.P. Expedientes sobre salubridad, vol. 608, 610 y 611.

Gráfica VI. Defunciones por influenza. Ciudad de Puebla. 1918



Fuente: A.A.P., Libros del Panteón Municipal Vol. 45 y 48

### Una mirada de conjunto

A través de los libros del Panteón Municipal de la ciudad de Puebla hemos podido reconstruir el comportamiento de la mortalidad en una ciudad de 97,000 habitantes como Puebla en la década 1911 - 1920; la Revolución ocasionó serios trastornos en el centro urbano, incrementó los niveles de pobreza, causó caos social, afectó el normal desenvolvimiento de las actividades económicas, al tiempo que generó fuertes movilizaciones sociales e inestabilidad política. Por otra parte, la incapacidad financiera de la corporación municipal no permitió asignar suficientes fondos para mejorar las condiciones sanitarias de la urbe, siendo casi siempre superada por la situación reinante. Las consecuencias fueron graves: falta de higiene generalizada en el centro urbano; alto hacinamiento poblacional en las vecindades existentes en el centro y en los barrios; ausencia de una política sanitaria preventiva que protegiera a los habitantes de la ciudad; grave contaminación de los mantos acuíferos, especialmente de los veneros y fuentes que surtían de agua al centro urbano; desorden en el comercio de alimentos, a lo que debe agregarse, la falta de una cultura relacionada con la higiene del cuerpo por parte de los sectores populares.

En este medio, diversas enfermedades encontraron condiciones idóneas para incrementar su actividad. Durante el porfiriato se había implementado una política preventiva más eficaz; la viruela, el tifo y la tuberculosis se mantuvieron, si bien no erradicados, en niveles bastante bajos. De igual manera, las enfermedades del aparato digestivo habían mantenido el "privilegio" de ocupar el primer lugar entre las causas de muerte, pero sus niveles siempre fueron menores a los registrados durante la década revolucionaria, que en esta perspectiva se convertía en una "década trágica", que trajo desolación, enfermedad y muerte, sobresaliendo, como las cerezas del pastel el tifo exantemático, que llevará a la tumba a más de 2000 poblanos entre octubre de 1915 y abril de 1916, y la influenza española en 1918 responsable de enviar al sepulcro a poco más de 1800 habitantes de la Angelópolis.

A través de los libros del Panteón Municipal fue posible registrar en una base de datos 52,397 registros de defunción. Información enormemente rica para estudiar el comportamiento de la mortalidad desde una perspectiva socio-demográfica. Si bien es cierto que los asientos de defunciones del Registro Civil son muy completos ya que anotan la presencia del médico que realizó el acta de defunción y, la dirección del difunto, los libros del Panteón Municipal anotan el cuartel menor y mayor en la que habitaba el fallecido, posibilitando cartografiar el impacto de las epidemias en el espacio urbano, constituyen una fuente alternativa para el estudio de la mortalidad.

# Fuentes documentales para el análisis histórico de la mortalidad

*Raquel Pollero*

## Introducción

La demografía ha pretendido explicar el crecimiento de la población a través del proceso de transición demográfica, identificando el inicio de ese cambio con el descenso de la mortalidad. La relación entre este fenómeno y la salud de las poblaciones fue planteada primeramente por Omran (2005 [1971], 732) como un proceso de cambios en las tendencias de la mortalidad que denominó transición epidemiológica. Esta teoría describe las variaciones en los patrones de causa de muerte asociadas a la reducción de los niveles de mortalidad que se dan durante la transición demográfica. Posteriormente, enfoques conceptuales más recientes y más amplios han integrado a la explicación del descenso de la mortalidad otras dimensiones, vinculando los cambios epidemiológicos con transformaciones societales en el ámbito económico, político, cultural y político (Vallin y Meslé, 2004,13-14).

Obviamente, el primer paso para avanzar en las explicaciones del comportamiento de la mortalidad implica conocer el número de defunciones anuales ocurridas. Este dato, que actualmente se obtiene de las estadísticas oficiales, antes de la formación del Registro del Estado Civil era principalmente recogido por la Iglesia, a nivel parroquial. Por supuesto, afinar el análisis de la variable requiere lograr desagregar las defunciones según ciertas características, principalmente sexo, edad y causa de muerte. De ellas, esta última es la más difícil de obtener y compleja de trabajar.

Este artículo pretende presentar las fuentes utilizadas para realizar un estudio histórico de la mortalidad en Montevideo y su campaña cercana entre 1757 y 1860 y en un área más amplia, la Jurisdicción colonial de Montevideo (1757-1816).<sup>1,2</sup> Comprende dos tipos de fuentes, cuantitativas y cualitativas. Las primeras refieren a los registros parroquiales, basados en la evidencia empírica de las diez parroquias y viceparroquias que se fueron desmembrando y formando a lo largo de los cien años estudiados en Montevideo, y las siete correspondientes al resto de la Jurisdicción en un período más corto, hasta que desaparece la jurisdicción colonial como unidad administrativa. Las fuentes cualitativas, fundamentales para enriquecer el análisis, consisten en las actas de Cabildo de Montevideo que referirán solamente al período colonial. Por esta razón, si bien la investigación original es más amplia, en esta oportunidad nuestra revisión de fuentes se centrará particularmente en el período que va de mediados del siglo XVIII a las primeras décadas del XIX. En cada caso se señalará el objetivo por el cual fueron utilizadas y las dificultades que presentaron.

A continuación, se revisan las fuentes seleccionadas para el estudio de la mortalidad pretransicional montevideana. En primer lugar se presenta un análisis de los registros parroquiales, básicamente de los libros de entierros; y posteriormente, las actas del Cabildo de Montevideo.

1 Se define el concepto *Montevideo y su campaña* como la planta urbana y la zona de chacras y estancias cercanas que componía el *hinterland* agrario de la ciudad. Después de 1835, se constituye en el actual departamento de Montevideo (530 km<sup>2</sup>). La antigua Jurisdicción colonial de Montevideo es un área mayor, de 18.817 km<sup>2</sup>, que incluye al área anterior, y sus límites fueron definidos en 1726.

2 Las fuentes utilizadas fueron trabajadas en dos investigaciones anteriores que culminaron en las publicaciones (Pollero, 2016) y (Pollero, 2015b).

## 1. Fuentes cuantitativas: Las defunciones a través de los Libros de entierros de los Registros parroquiales

Un análisis demográfico de la mortalidad requiere como materia prima la debió elaboración de las series mensuales y anuales de defunciones. Como se señaló anteriormente, para estudiar un período previo a la laicización del Estado Civil el número de defunciones proviene de los registros parroquiales, básicamente de los Libros de entierros o defunciones. Dado que en Uruguay el Registro Civil se fundó en 1879, aquellas fueron las fuentes de donde se obtuvieron los datos de la investigación.

La creación de un registro de las actas sacramentales se decretó en el Concilio de Trento en 1562. Sin embargo, se trata de una práctica muy anterior, de hecho el registro parroquial más antiguo que se conserva es el de Givry en Borgoña, que se remonta a 1334 (Hollingsworth, 1983, 115). Esta práctica se reglamentó en el Concilio, encomendándose a los párrocos a llevar libros de registro de los bautismos, matrimonios y defunciones ocurridos en sus parroquias. En Hispanoamérica, las ordenanzas e instrucciones reales de Felipe II de 1573 sistematizaron la instrucción de procedimientos para que la Iglesia llevara a cabo el registro de los eventos vitales en distintos libros (Otero, 2006). Era tarea de los obispos recorrer sus diócesis para revisar y corregir la forma en que sus párrocos estaban llevando los libros. Los obispos dejaban asentadas estas visitas en los libros, junto con las recomendaciones y a veces críticas sobre la forma en que estos se estaban llevando.<sup>3</sup>

La información se generaba y mantenía en cada parroquia. Las viceparroquias, también debían llevar sus registros, aunque remitían sus libros a la parroquia de pertenencia. La práctica que cada iglesia conserve sus propios libros, y que, por consiguiente deban ser consultados en ella, dificulta enormemente cualquier estudio en base a dichas fuentes. Muchas veces este inconveniente puede sortearse debido al trabajo de microfilmación de los registros parroquiales a nivel internacional que la Iglesia de Santos de los Últimos Días ha realizado en las últimas décadas.

En el caso de Montevideo, el Archivo de la Curia Eclesiástica de Montevideo (ACEM) conserva una copia de los microfilms realizados por la Iglesia mormona de los libros correspondientes a las parroquias de la Arquidiócesis de Montevideo. El material puede consultarse en este archivo, con el inconveniente que cuenta con un solo lector de microfilm. Lamentablemente, estos microfilms no han sido sometidos al procedimiento de revelado, y por lo tanto la imagen está en negativo. Esto implica que el usuario en vez de ver las letras negras sobre fondo blanco, como originalmente sería el libro, ve letras amarillentas sobre fondo sepia, lo que lo hace muy difícil su lectura. A su vez, al contar con el material microfilmado, la Iglesia Matriz (la más antigua) retiró a sus libros originales del acceso público. Sólo se puede solicitar recurrir al material cuando la lectura del microfilm es verdaderamente incomprensible.

3 Como ejemplo se transcriben parte de las instrucciones y comentarios realizados en la visita del Obispo de Buenos Aires Manuel Antonio de la Torre a la Iglesia Matriz de San Felipe y Santiago de Montevideo, registrados en el Libro 2 de defunciones: *“En la ciudad de Sn Felipe y Santiago de Montevideo a diez y nueve días de el mes de enero de mil setecientos setenta y tres años - El Ilustrísimo Sor Don Manuel Antonio de la Torre (m Sor) Obispo de la Ciudad y Obispado de Buenos Aires Celebrando su Sta. General Visita por ante mí su Secretario de Cámara, la hizo del presente libro de los que se han enterrado en esta Iglesia Matriz el que da principio desde el día veinte y dos de Septiembre de mil setecientos sesenta y siete, con partida de Pablo Indicio, y prosigue, hasta la de un párvulo hijo de María India Guarani, que es la inmediata a este Auto, y habiendo visto, y reconocido con toda prolijidad todos los asientos, los halló en la mayor parte tan diminutos y abreviados, que parecen unas simples apuntaciones y deseando SSJ la posible reforma para que en sucesivo se han dichos asientos con la extensión claridad, formalidad, y puntualidad debida, según lo dispone, previene, manda y formula Nuestra Madre la Iglesia en el Ritual Romano; mandaba y mando, al presente Cura y a los que en adelante fueren hagan dichos asientos con arreglo a las instrucciones, y fórmulas que adelante se pondrán.”* (En la transcripción del documento se ha utilizado ortografía moderna). Archivo de la Curia Eclesiástica de Montevideo (ACEM). Iglesia Matriz, Libro 2 de defunciones. Rollo 95.

**Cuadro 1.** Parroquias y viceparroquias consultadas para confeccionar información demográfica de Montevideo y su campaña cercana (1757-1860). (El año indicado corresponde al del inicio de los libros parroquiales).

<b>Parroquias</b>	<b>Bautismos</b>	<b>Defunciones</b>
Iglesia Matriz	1727	1729
Viceparroquia de Peñarol	1797	-
Cordón	1807	1809
Viceparroquia San José	1821	1821
Reducto	1837	1837
Aguada	1838	1839
San Francisco de Asís	1840	1840
Unión	1843	1843
Paso Molino	1849	1849
Cerro	1857	1857

**Fuente:** Elaboración propia en base a los libros parroquiales de las distintas Parroquias.

**Cuadro 2.** Parroquias y viceparroquias consultadas para confeccionar información demográfica de la Jurisdicción de Montevideo (1775-1816). (El año indicado corresponde al del inicio de los libros parroquiales).

<b>Parroquias</b>	<b>Bautismos</b>	<b>Defunciones</b>
Las Piedras	1775	1799
Guadalupe	1776	1776
San Juan Bautista	1782	1784
San José	1783	1783
Minas	1783	1783
Pando	1788	1788
Pintado	1791	1791

**Fuente:** Elaboración propia en base a los libros parroquiales de las distintas Parroquias.

Para revisar los microfilms de los libros de las demás parroquias del país (y de la antigua Jurisdicción de Montevideo) se debe recurrir al Archivo del Centro de Historia Familiar de la Iglesia de los Santos de los Últimos Días. Todavía no hay acceso a ellos a través de internet, como ya sucede para el caso de otros países.

Se debe advertir también que el material debe revisarse con gran cuidado, porque en varias oportunidades en los rollos se detectaron páginas de los libros microfilmadas repetidas. Y de no advertirse el error hubiera implicado un aumento en el número de las defunciones.

La inscripción de cada defunción constituye un párrafo que concluye con la firma del sacerdote y, a veces, en el margen se registra el nombre del fallecido. Los formatos de registro de los distintos sacerdotes presentan diferencias y van cambiando a lo largo del tiempo. No obstante, básicamente, la información que suministran es el nombre del fallecido, fecha del entierro, lugar de nacimiento, lugar donde fue enterrado (cementerio de la Matriz, San Francisco, camposanto), estado civil, raza (indio, indio tape, indio guaraní, china, negro, mulato,

pardo), estatus jurídico (esclavo, negro libre, negro bozal, pardo libre), si es pobre, pago de derechos parroquiales y firma del sacerdote que realiza en registro.<sup>4</sup>

Lamentablemente, hasta avanzado el siglo XIX, salvo contadas excepciones, no hay registro de la edad de los fallecidos. Solamente se hace referencia a la edad cuando fallece un «párvulo», es decir un menor de siete años. Esta clasificación parte de la normativa de la Iglesia católica establecida para administrar los sacramentos. Se consideraba que una persona estaba en condiciones de confirmarse recién al tener uso de razón, lo que habitualmente se lograba al cumplir siete años esa edad. Generalmente, y en particular en el caso de los más pequeños, el sacerdote registra la muerte del párvulo con bastante precisión, indicando el número de días, meses o años del niño fallecido. Con esta información se hace posible realizar un análisis de la mortalidad infantil o de la mortalidad en la niñez.

La otra variable relevante en el análisis de la mortalidad es la causa de muerte. En las fuentes montevidéanas no es posible realizar este tipo de análisis porque no existe un registro sistemático de la causa de muerte. En algunas oportunidades se señala que murió de «muerte natural». Los pocos casos que contienen alguna descripción señalan que la persona falleció «de repente», «casi de repente», «murió súbitamente» o por accidentes (ahogado, muerte violenta, puñalada, «malherido», «revuelta por embriaguez»). Como es de suponer, no existía un interés médico o estadístico por la causa de muerte. La relevancia que tenía para la Iglesia esta explicación sobre la muerte precipitada era que la persona había fallecido sin recibir los “santos sacramentos”, básicamente la extremaunción (la unción con óleo sagrado in extremis).

Como se señaló anteriormente, el primer objetivo de la investigación consistía en elaborar una serie con la cifra anual de defunciones de Montevideo y de la Jurisdicción de Montevideo. Para ello hubo que realizar dos correcciones. La primera consistió en descartar del total a aquellos registros que fueran entierros de “huesos”. En realidad, lo que los libros registran son los entierros realizados, y estos podían ser tanto de una persona recién difunta (la enorme mayoría de los casos) como de los “huesos” de alguna persona. Esto se encuentra en las parroquias de campaña, y significaba que se trasladaban los restos óseos de algún individuo fallecido en un momento anterior, -generalmente no se explicitaba dónde ni cuándo-, para ser enterrados definitivamente en el camposanto o cementerio de la parroquia. Por consiguiente, fue necesario convertir los entierros en estadísticas vitales, es decir, en defunciones ocurridas.

La segunda corrección tiene que ver con el lugar de residencia del difunto. Al igual que los trabajos de mortalidad contemporáneos, para estimar la mortalidad del área se pretendió identificar que las defunciones consideradas correspondieran a fallecidos residentes del área. Esto implicó restar las muertes de personas de fuera de la región. El tema no es menor en el caso de Montevideo, puesto que al ser un puerto importante, había un número considerable de fallecimientos en el hospital de forasteros o tripulantes de barcos anclados temporalmente en el puerto. Haberlos considerado, hubiera implicado un sesgo en el nivel de la mortalidad.

La evaluación de la calidad de los datos consistió en una parte central de la investigación. Dado que el período estudiado es anterior al descenso de la mortalidad, es de esperar que las series de defunciones presenten cierta variabilidad debido a las crisis de mortalidad.<sup>5</sup> Este comportamiento de la variable, característico del período pretransicional, dificultó la evaluación. Incluso porque las crisis recién se pudieron identificar al integrar la serie de defunciones de todas las parroquias en una sola.

En esta primera etapa, donde lo que se observaba eran las series de cada parroquia, los años de aumento o descenso además de un factor demográfico podía resultar un problema de registro. Para ello se realizó un análisis mensual de las defunciones, controlando por la firma de los sacerdotes. De todos modos, es preciso señalar

4 En este ejemplo del siglo XIX no se incluye si es vecino de la ciudad ni la raza, pero ya aparece información sobre la edad: «En veinti y cinco de Abril de mil ochocientos treinta y dos se enterró en el cementerio de la Iglesia Matriz el cadáver de Dn. Juan Vargas natl. de Montevideo, hijo legimo. de Dn. Juan Jacinto Vargas y de Da. Antonia Viana y Achucarro viudo de Da. Josefa Maciel de edad de 32 a. recibió los santos sacramentos y por verdad lo firmé como teniente Cura. Francisco Lamas». ACEM, Iglesia Matriz. Libro IX. Folio 6. abril 1832, microfilm rollo 96.

5 Se denomina *crisis de mortalidad* a un incremento brusco de las defunciones en un período relativamente breve, que puede ser unos meses o un par de años, producido por una causa que habitualmente no se encuentra en la población. Hay consenso en considerar que los factores determinantes que las originaban eran, básicamente, las enfermedades –epidemias-, las guerras y las crisis de subsistencia –hambre-.

que identificar el subregistro en una iglesia no siempre es sencillo, en particular en el caso de las parroquias pequeñas. La omisión de partidas es evidente cuando hay un corte completo en el registro que dura muchos meses. En caso de sospecha de irregularidades, el control por la firma de los sacerdotes contribuyó a despejar la incidencia del cambio de sacerdote en un posible aumento o disminución de los registros mensuales. Sin embargo, en las iglesias pequeñas podría suceder que pasasen meses sin eventos y que esto no fuera evidencia de negligencia. Es más, esta dificultad está señalada en estudios de series parroquiales (Wrigley y Schofield, 1981, 21).

Además, el análisis individual permitió constatar que, dado que el área geográfica que cubren estas parroquias es relativamente pequeña, hubo trasiego del registro de eventos para una u otra iglesia en distintos momentos en el tiempo. En algunas ocasiones se ha verificado a través de indicaciones en los propios libros parroquiales, como sucedió en los libros de la Iglesia de Nuestra Señora del Carmen del Cordón durante unos años de la Guerra Grande (1839-1851).<sup>6</sup> Algunas veces resulta sencillo identificar que el descenso de los eventos en una iglesia se corresponde con el incremento en otra, pero no siempre es así. Ello hizo que perdiera sentido la corrección de cada serie individualmente, cuando el objetivo era conseguir una única serie total para toda el área de estudio, ya que los eventos perdidos en una iglesia podían estar agregados en otra.

De todos modos, es necesario señalar que luego de evaluar la serie a nivel agregado, también fue necesario realizarle correcciones ya que, particularmente en los primeros años, se podía observar un subregistro de las defunciones.

## 2. Una aproximación a la salud y mortalidad de la población colonial a partir fuentes cualitativas: las actas del Cabildo de Montevideo

Como hemos observado, para el período de mediados del siglo XVIII a principios del XIX los datos propios del análisis demográfico son tan escuetos que, más que en otros casos, el aporte de la información cualitativa enriquece sustantivamente nuestra interpretación. Para el período colonial, las fuentes utilizadas fueron las Actas del Cabildo de Montevideo.

Antes del nacimiento de la bacteriología en la segunda mitad del siglo XIX, de la mano de Pasteur y Koch, la explicación sobre la causa y el contagio de las enfermedades se basaba en la teoría miasmática. De acuerdo a esta teoría, promovida desde el siglo XVII, principalmente por el médico inglés Thomas Sydenham, los miasmas consistían en emanaciones fétidas que «se engendrarían en aguas estancadas y pestilentes, en alimentos corrompidos y en mal estado o, en general, en zonas del medio ambiente poco salubres, desde donde serían inhalados o ingeridos por el hombre a través de la respiración o la comida» (Barona, 1993, 59) mortalidad, salud, salud pública, siglo XIX, enfermedades, siglo XVIII, paradigmas, medicina, causas de muerte</keyword></keywords><dates><year>1993</year></dates><urls></urls></record></Cite></EndNote>. Estos gases impuros, provenientes de la descomposición de materia orgánica, *malignizaban* la atmósfera y eran transportados por el aire. Se los consideraba responsables del inicio de la infección y de la transmisión de las enfermedades.

De acuerdo al paradigma científico de la época las medidas para evitar la propagación de las enfermedades se orientaban a intentar reducir los miasmas. La institución que, dentro de sus funciones municipales, tuvo como cometido el cuidado de la salud pública fue el Cabildo. Sus atribuciones comprendían velar por la higiene de la ciudad y la población en un sentido amplio, es decir, la limpieza, el estado de las calles y plazas, así como el control de la calidad de los alimentos y de las fuentes de agua potable. También le correspondía la vigilancia de una posible propagación de enfermedades epidémicas. Como recurso habitual cuando las circunstancias lo ameritaban, el Ayuntamiento llamaba a consulta a los médicos más destacados.

<sup>6</sup> Con el comienzo del sitio a Montevideo por las fuerzas del Gral Manuel Oribe, aliado de los federales, en febrero de 1843 cesó el servicio parroquial de la iglesia de Nuestra Señora del Carmen del Cordón, e interinamente fue trasladada a la capilla de Dolores del Reducto. En el Libro de defunciones se inscribió la siguiente nota: «Nota: Desde esta fecha las partidas de entierro se firmaron en la parte del costado, fuera de líneas, cuyo libro se llevó en el Reducto donde se trasladó la Parroquia por orden del Sor. Proveedor y Vicario General Dn. Lorenzo Antonio Fernández. Los que han muerto entre líneas con muy pocas excepciones han sido enterrados militarmente sin conocimiento del párroco, los que han sido hallados en los libros parroquiales de la Iglesia Matriz, donde (...) Santiago Estrázulas.» Archivo Parroquia Nuestra Señora del Carmen del Cordón. Libro V de defunciones. Año 1843.



Las actas originales del Cabildo se encuentran en el Archivo General de la Nación, en Montevideo, y también puede consultarse su versión publicada en la Revista del Archivo General Administrativo.

Su lectura es verdaderamente interesante, porque de ellas se desprenden los desvelos cotidianos de la sociedad colonial. Es así que se observa una preocupación por la desecación de pantanos, por eliminar las aguas servidas y pluviales estancadas y la recolección de basuras, entre otras. Asimismo y fundamentalmente dan pistas sobre la salud de la población. Como se señaló, para interpretar las causas que provocaban el exceso de mortalidad muchas veces el Cabildo consultaba a los facultativos, cuyas explicaciones se mostraban en sintonía con la teoría miasmática.

En el estudio de la mortalidad de Montevideo, una vez que se identificaron los años de crisis de mortalidad,<sup>7</sup> las actas del Cabildo resultaron un muy buen recurso para conocer si las autoridades de la época fueron conscientes de dichas crisis, qué se decía de ellas y qué medidas consideraron pertinentes realizar, además de otra información de contexto.<sup>8</sup> Y a su vez, los datos permitieron pensar hipótesis sobre las posibles enfermedades detrás de esa sobremortalidad y los factores biológicos y ecológicos que las produjeron. Recordemos que en las defunciones de los libros parroquiales no se registraron las causas de muerte, por consiguiente, para este período, nuestra mejor aproximación a las causas y a comprender el origen de estas crisis, es a través de las actas del Cabildo.

De hecho, en las actas se verifica la preocupación del Cabildo por un aumento de las defunciones en todos los años en que hemos identificado valores propios de crisis, excepto en la de 1775 –aunque sí se hace referencia a una importante sequía-.

En los primeros años el incremento de enfermedades se señala de una manera muy general, como *tantas enfermedades como se experimentarían de presente*,<sup>9</sup> *muchas enfermedades*,<sup>10</sup> *las epidemias temporales que se padecen*,<sup>11</sup> o *peste*.<sup>12</sup> Posteriormente se encuentran menciones vagas como *enfermedades contagiosas o varias enfermedades violentas e instantáneas*.<sup>13</sup> Únicamente en las actas que hacen referencia a las crisis de 1801 y 1803-1805 se encuentran expresiones diagnósticas más específicas: una epidemia de escarlatina anginosa,<sup>14</sup> o que nombran las enfermedades con las que consideraban que llegaban los esclavos («viruelas, sarna y otros males pestilenciales»),<sup>15</sup> así como enfermos de fiebre amarilla en un barco proveniente de Málaga, que no tuvo consecuencias en la población.<sup>16</sup>

De este modo, de acuerdo a la información provista por las fuentes, es posible agrupar las crisis de mortalidad en las siguientes categorías (Pollero, 2015a, 64-65):

- *asociadas a condiciones ambientales locales* (años 1775, 1780, 1793);

7 Para identificar las crisis de mortalidad se han utilizado las metodologías de Dupâquier y de Del Panta-Livi Bacci (Pollero, 2016, 339-347).

8 Debido a que se ha constatado un subregistro de defunciones entre 1757 y 1764, a los efectos de estudiar las crisis de mortalidad se consideraron los años a partir de 1765.

9 Acta del Cabildo de Montevideo del 5 de febrero de 1780. AGN, Acuerdos del Extinguido Cabildo de Montevideo, Anexo vol. XVI, 228-229.

10 Acta del Cabildo de Montevideo del 3 de abril de 1793. *Revista del Archivo General Administrativo*, Anexo vol. XVIII, 69.

11 Acta del Cabildo de Montevideo del 15 de noviembre de 1800. *Revista del Archivo General Administrativo*, vol. V, Libro XI, 381.

12 Idem nota 9.

13 Acta del Cabildo de Montevideo del 28 de marzo de 1803. *Revista del Archivo General Administrativo*, vol. VI, Libro XI, 75.

14 Informe de la Junta de Médicos y Cirujanos al Cabildo, 14 de mayo de 1803. En: Schiaffino, 1952, 129-135.

15 Acta del Cabildo de Montevideo 15 de diciembre de 1804. *Revista del Archivo General Administrativo*, vol. VI, «Continuación del Libro XI de Acuerdos del Cabildo», 216.

16 Acta del Cabildo de Montevideo del 4 de diciembre de 1804. *Revista del Archivo General Administrativo*, vol. VI, «Continuación del Libro XI de Acuerdos del Cabildo», 208-212.

- *de origen bélico(y sus consecuencias)*: invasiones inglesas (1807), sitio de la ciudad —carestía— (1813);
- *por la condición portuaria de la ciudad*: viruela por *comercio de negros*<sup>17</sup> (1801, 1803-1805) (también sequía, carestía de trigo por malas cosechas).

En el primer caso, el de las crisis que pueden vincularse a condiciones ambientales locales, las causas aducidas refieren a las pestilencias miasmáticas, la sequía y la mala calidad de los alimentos. Así por ejemplo, en 1800 los médicos señalaban “como una causa eficazísima de las enfermedades Temporales que se experimentaban, los Pantanos, carnes podridas y basuras que actualmente y con demasiada abundancia se ven existen, y continúan por todas las calles, y huecos de esta Ciudad, cuya fetidez es capaz de infestar y malignizar la atmósfera, y comunicarse a sus habitantes con años irremediables si con tiempo no se procura remediarlos, siendo de temer que continuando el mismo desaseo de las Calles, y aumentándose la población con la rapidez que se advierte, pueda haber una peste que cause la ruina de sus habitantes”(Revista del Archivo General Administrativo, vol. V, libro, XI, 404-405).

La lectura de las actas permite observar que el discurso del Cabildo concordaba con el saber médico de la época, y mostraba gran intranquilidad por las emanaciones fétidas, el agua estancada, la acumulación de la basura y los restos de animales, así como por la costumbre de enterrar cadáveres en las iglesias y, luego de su prohibición, en los pequeños cementerios contiguos a ellas, removiendo tierras *enteramente corrompidas*, por el exceso de cuerpos. También se señalaban argumentos como la mala calidad de los alimentos y el agua de consumo.

A modo de ejemplo, en 1780 los cabildantes creyeron encontrar la explicación para las *tantas enfermedades* en la *nocividad de la fruta* y la mala calidad del pan. Sin embargo, los cirujanos consultados consideraron que la causa detrás de la *peste* sería la sequía, aunque también aceptaron la hipótesis sobre la calidad de la fruta y el pan.<sup>18</sup> Nuevamente en 1793 se culpa a la sequía de las muchas enfermedades que padecen, señalándose la falta de pastos en la campaña y de agua en la ciudad.<sup>19</sup>

Si bien no deja de ser una especulación de nuestra parte, es posible que el consumo de agua y alimentos en mal estado pudiera ser responsable un incremento en las enfermedades gastrointestinales. La información sobre la existencia de sequía también es relevante, porque las dificultades en el abastecimiento de agua pudieron llevar a la utilización de agua de inferior calidad, susceptible al desarrollo de la fiebre tifoidea y disentería —shigelosis—.<sup>20</sup> De todos modos, estos argumentos tomados a la distancia sugieren pistas, pero no pueden por sí solos explicar una sobre mortalidad epidémica, siendo que esta, además, pudiera deberse al incremento de varias enfermedades en un mismo año.

Las acciones del Cabildo para hacer frente a los problemas que amenazaban la salud de la población montevideana fueron de diverso tipo. Para la sequía, se encomendaban rogativas y novenarios a los santos patronos de la ciudad, San Felipe y Santiago.<sup>21</sup> Para verificar la calidad de los alimentos, se realizaron inspecciones en las frutas, harinas y fuentes de agua, en las que también se incluía a los médicos.

Con respecto a las malas condiciones higiénicas de la ciudad denunciadas, se propusieron diversas medidas en procura de eliminar las posibles fuentes generadoras de miasmas, llevadas a cabo con mayor o menor éxito. El gobernador de la ciudad Joaquín del Pino, probablemente imbuido por la influencia progresista del virrey Vértiz, quien estuviera radicado en Montevideo entre 1781 y 1783 (Schiaffino, 1937, 456), mostraba una

17 Se trata de una expresión de la época que refiere a la condición de Montevideo de puerto de entrada y distribución de esclavos.

18 Acta del Cabildo de Montevideo del 5 de febrero de 1780. AGN, Acuerdos del Extinguido Cabildo de Montevideo, Anexo vol. XV, 228-229. Acta de 5 de febrero de 1780.

19 Acta del Cabildo de Montevideo del 3 de abril de 1793. *Revista del Archivo General Administrativo*, Anexo vol. XVIII, 69.

20 Tanto la fiebre tifoidea como la disentería son enfermedades infecciosas bacterianas que se transmiten a través del agua y los alimentos. Alguna bibliografía menciona una relación entre ellas y la sequía, ya que la sequía genera la necesidad de acceder a aguas de peor calidad.

21 Acta del Cabildo de Montevideo del 3 de abril de 1793. *Revista del Archivo General Administrativo*, Anexo vol. XVIII, 69.

preocupación por el crecimiento acelerado de la población y proponía el empedrado de las calles.<sup>22</sup> Lo mismo sucedía a fines de 1800 con el diagnóstico del gobernador José Bustamante y Guerra, apoyado en la opinión de los facultativos. Bustamante hizo un listado de los problemas sanitarios y denunció como principal la ausencia de un sistema de recolección de residuos. Propuso que estos fueran conducidos a un paraje alejado de la ciudad por medio de carros o carretillas de limpieza.<sup>23</sup> Hacia 1803, con un optimismo seguramente exagerado, señalaban el total exterminio de la putrefacción y manifestaban que de haberse mantenido la situación higiénica anterior, la rigurosa seca que acababa de experimentarse hubiera sido capaz de devorar muchas vidas.<sup>24</sup>

También tomaron medidas para cuidar la exhalación de miasmas provenientes de los cuerpos en descomposición. En 1790, el Cabildo resuelve prohibir el enterramiento en las iglesias y construir un cementerio extramuros (Schiaffino, 1952, 260). En 1807 se decide su ubicación y a los pocos años su ampliación, necesaria «para evitar de que estos [los cadáveres] se entierren unos sobre otros, y cerca de la superficie de la tierra, que en tal caso exhala la putrefacción que infesta el aire atmosférico».<sup>25</sup>

El segundo tipo de crisis de mortalidad tiene que ver con la guerra como causa externa determinante. La crisis de 1807 remite a los enfrentamientos sucedidos en las invasiones inglesas a Montevideo. La de 1813 se relaciona con el sitio que los ejércitos revolucionarios efectuaron a la ciudad, último reducto del dominio español. Las actas de ese año muestran las tremendas dificultades que se iban presentando y la preocupación del Cabildo por la escasez de víveres, agua, leña, ganado, así como de dinero y crédito.

Finalmente, el último grupo de causas tuvo que ver con la condición de Montevideo como ciudad portuaria y, en particular, con su condición de puerto de entrada y distribución de esclavos. En 1791 se liberó la introducción de esclavos al virreinato, y se declaró a Montevideo como único puerto autorizado para su introducción al Río de la Plata, Chile y Perú. Estudios recientes han demostrado que entre 1778 y 1810 llegaron aproximadamente 60.000 esclavos (Borucki, 2009, 1). Seguramente esta introducción tan importante alarmara a la reducida población de la ciudad. De hecho, en las Actas del Cabildo hay varias referencias en las que se culpabilizaba a los esclavos de haber propagado a la población montevideana la mayoría de las enfermedades, principalmente la viruela.<sup>26</sup> Si realmente alguna vez se propagó una epidemia de viruela a partir de esclavos enfermos recién llegados es una pregunta muy difícil, sino imposible, de responder.

Para evitar la transmisión de la viruela, el Cabildo puso en práctica la cuarentena y el aislamiento, construyendo en un paraje alejado de la ciudad unas barracas a donde conducir a los esclavos, que se conocerían como el *caserío de los negros*. Seguramente esta medida deba relacionarse con la cuarentena en una ermita propuesta como profilaxis antivariólica por el médico español Francisco Gil, impulsada en las colonias por la Real Orden del 19 de abril de 1785.<sup>27</sup> También surgió la idea de crear un lazareto, pero no pudo llevarse a cabo por falta de recursos.

22 Acta del 6 de agosto de 1783 que transcribe el oficio del Gobernador Joaquín del Pino del 29 de julio de 1783. AGN. Actas del Cabildo de Montevideo, vol. VIII, n.º 13: 125-126.

23 Acta del Cabildo de Montevideo del 15 de noviembre de 1800. *Revista del Archivo General Administrativo*, vol. V, Libro XI, 381-382.

24 Acta del Cabildo de Montevideo del 28 de marzo de 1803. *Revista del Archivo General Administrativo*, vol. VI, Libro XI, 75.

25 Acta del 20 de abril de 1814. AGN. Actas del Cabildo de Montevideo. Libros XVI y XV, 134.

26 Acta del 31 de octubre de 1787: «(...) teniendo bien acreditada la experiencia en iguales casos las fatales resultas que ocasionan a la salud pública, el abuso de permitir el desembarco de estos negros en esta Plaza y sus inmediaciones donde comunican al vecindario las contagiosas enfermedades con las que llegan apestados y esto aún cuando venían de la costa del Brasil, cuya navegación por ser mucho más corta era menos arriesgada a causar en los negros las enfermedades que de ordinario adolecen en el mar y sin embargo es notorio y le consta al Cabildo que todas las Zumacas portuguesas que arribaron a este puerto con los mencionados esclavos los han traído con diferentes enfermedades y epidemias que inmediatamente se comunicaron a los habitantes de este pueblo siendo hasta entonces desconocidas en él». AGN, Actas del Cabildo de Montevideo, vol. VIII, 1781-1789, n.º 13, folios 379b-380b.

27 De acuerdo a Schiaffino (1937, 477- 478), la Real Orden pretendía extender a las colonias las medidas propuestas por Francisco Gil en su «Disertación Físico-Médica en la cual se prescribe un método seguro para preservar a los pueblos de Viruelas, hasta lograr la completa extinción de ellas en todo el Reyno, su autor Dn Francisco Gil, Cirujano del Real Monasterio de S. Lorenzo y su sitio, e individuo de la Real Academia Médica de Madrid», publicado en Madrid en 1784, que estaba conmoviendo al ambiente médico de España. Gil proponía el aislamiento del primer enfermo en una casa alejada de las poblaciones (*ermita*) y en paraje saludable, donde las corrientes de aire habituales no pudieran comunicar el contagio a poblaciones o haciendas cercanas. Según Schiaffino, este principio era una innovación, porque hasta el momento se admitía el contagio exclusivamente a través objetos en contacto con enfermos.

Montevideo tenía un triste recuerdo de cuarentenas, puesto que, de alguna manera, la ciudad –o su bahía-, había sido utilizada como lazareto de Buenos Aires en la década de 1740. En efecto, en esa época el Cabildo de Buenos Aires, escarmentado por una epidemia, prohibió la entrada de esclavos con sospecha de enfermedad y resolvió que la cuarentena de los barcos de la compañía francesa que traía esclavos africanos se hiciera en Montevideo y que los médicos bonaerenses cruzaran para hacer el reconocimiento de los enfermos (Schiaffino, 1937, 73 y 91-92).

Las otras medidas de protección frente a la viruela que comenzaron a utilizarse en la época fueron la variolización y la vacuna antivariólica. Schiaffino (1937, 425) señala a la epidemia de 1800 como la primera vez que se aplicó la variolización en el Río de la Plata, y que algunos centenares de personas en Montevideo se habrían prestado a recibir el virus. La vacuna antivariólica llegó por primera vez el 5 de julio de 1805 en la fragata portuguesa La Rosa del Río de Antonio Carbalho Machado, uno de los tantos barcos negreros que llegaban al puerto montevideano. Tres de los esclavos eran los últimos vacunados que traían la pústula en sus brazos para ser transmitida a otras personas.

Sin embargo, no se han encontrado referencias sobre estos nuevos adelantos en las actas capitulares consultadas. Una probable explicación podría ser todavía en esa época la decisión sobre su uso fuera un tema que pertenecía al ámbito privado.

## Conclusiones

En este trabajo se pretendió presentar el conjunto de fuentes documentales consultadas y analizadas para elaborar una investigación sobre la mortalidad en Montevideo y su Jurisdicción entre mediados del siglo XVIII y primeras décadas del XIX.

Sin duda, la mayor dificultad se encontró en las fuentes cuantitativas y la recolección de datos de defunciones en los registros parroquiales de las 17 parroquias consultadas. Estos constituyen la materia prima del análisis demográfico de la mortalidad. Se han señalado los distintos problemas a los que nos enfrentamos para trabajar con estos libros, así como el tipo de información que se pudo rescatar de ellas. No obstante, cada investigador debe revisar las fuentes de su área y período de estudio, porque se encuentran variaciones importantes. Por ejemplo, los datos de defunciones en los libros parroquiales brasileños contienen mayor información, fundamentalmente sobre causas de muerte, que los que se pueden encontrar en Montevideo.

A su vez, las actas del Cabildo de Montevideo resultaron una fuente de enorme riqueza en el estudio sobre la salud y enfermedad. La información cualitativa le restó aridez a las cifras, y arrojó luz sobre la problemática cotidiana de una ciudad con un alto nivel de mortalidad, propio de las poblaciones pretransicionales.

## Bibliografía

- Barona, José Luis, 1993. “Teorías médicas y la clasificación de las causas de muerte”. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* XI(3), 49-64.
- Borucki, Alex. 2009. “Las rutas brasileñas del tráfico de esclavos hacia el Río de la Plata, 1777-1812”. 4º Encontro escravidão e liberdade no Brasil Meridional, Curitiba.
- Hollingsworth, T. H., 1983. *Demografía histórica. Cómo utilizar las fuentes de la historia para construirla*. Fondo de Cultura Económica, México D.F.
- Omran, Abdel, 2005 [1971]. “The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change.” *The Milbank Quarterly* 83(4): 731–757. Otero, Hernán, 2006. *Estadística y nación. Una historia conceptual del pensamiento censal de la Argentina moderna 1860-1914*. Buenos Aires, Prometeo libros.
- Pollero, R. 2016. *Historia demográfica de Montevideo y su campaña, 1757-1860*. Premio Carlos Filgueira. Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR.
- Pollero, R. 2015a. “¿Qué nos es posible conocer respecto al inicio del cambio demográfico? Una aproximación a las fases tempranas de la transición epidemiológica en Montevideo.” *Revista de la Asociación Latinoamericana de Población (RELAP)*, 16: 59-83.
- Pollero, R. 2015b. “Informe no. 1. Serie estimada de la población de la Jurisdicción de Montevideo (1757-1816) y los departamentos de Montevideo y Canelones (1829-1860).” Proyecto *Desempeño económico, instituciones y equidad en el Río de la Plata 1760-1860*. Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) - Proyecto de Investigación Fundamental Fondo Profesor Clemente Estable.

- Schiaffino, Rafael, 1937. *Historia de la medicina en el Uruguay. La medicina colonial - siglo XVIII*. Imprenta Nacional, Montevideo.
- Schiaffino, Rafael, 1952. *Historia de la medicina en el Uruguay. Tomo III (1800-1828)*. Imprenta Nacional, Montevideo.
- Vallin, Jacques y Meslé, France, 2004. Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition. *Demographic Research, Special Collection 2*, article 2, 11-44.

## Fuentes

Archivo de la Curia Eclesiástica de Montevideo (ACEM):

Libros de defunciones de la Iglesia Matriz de San Felipe y Santiago de Montevideo, años 1757-1860.

Libros de defunciones de la Parroquia Ntra. Sra. Del Carmen del Cordón, años 1806-1860.

Libros de defunciones de la Viceparroquia de San José, años 1821-1824, 1830-1834.

Libros de defunciones de la Parroquia Nuestra Sra. De los Dolores (Reducto), años 1837-1860.

Libros de defunciones de la Parroquia San Francisco de Asís, años 1840-1860.

Libros de defunciones de la Parroquia de San Agustín (Unión), años 1843-1860.

Libros de defunciones de la Parroquia Pura y Limpia Inmaculada Concepción (Paso Molino), años 1849-1960.

Libros de defunciones de la Parroquia Santa María de la Ayuda (Cerro), años 1857-1860.

Archivo del Centro de Historia Familiar. Iglesia de los Santos de los Últimos Días. Estaca Bulevar Artigas y Suárez:

Libro de Defunciones de la Viceparroquia de San Isidro de Las Piedras, Rollo N° 2348639, ítem 6.

Libro de Defunciones de la Parroquia Nuestra Señora del Guadalupe, Rollo N° 2274715, ítems desde el rollo 5 al 14.

Libro de Defunciones de la Parroquia de San José de Mayo, Rollo N° 625332.

Libro de Defunciones de la Viceparroquia de Nuestra Señora de la Inmaculada Concepción de Pando, Rollo N° 2348566, ítem 11.

Libro de Defunciones de la Parroquia Nuestra Señora del Luján del Pintado, Rollo N° 1223892.

Archivo del Centro de Historia Familiar. Iglesia de los Santos de los Últimos Días. Estaca Carrasco:

Libro de Defunciones de la Viceparroquia de Nuestra Señora de la Inmaculada Concepción de Pando, Rollo N° 1241.

Archivo de la Parroquia de San Juan Bautista en la ciudad de Santa Lucía.

Libro de Bautismos y Defunciones de la Viceparroquia de San Juan Bautista.

Archivo del Instituto de Estudios Genealógicos Uruguayo.

CD del Libro de Defunciones de la Parroquia de Nuestra Señora de la Concepción de Minas.

Archivo General de la Nación, *Revista del Archivo General Administrativo*. Acuerdos del Cabildo de Montevideo. Vols. V, VI, VIII, Anexo vol. XVIII.

Archivo General de la Nación, Acuerdos del Extinguido Cabildo de Montevideo, Anexo vols. XV, XVI.

# Mortalidad y años de esperanza de vida perdidos por enfermedades infecciosas y parasitarias en niños menores de 5 años. Provincia de Córdoba (Argentina), 1980-2011

*Andrés Peranovich y Eleonora Rojas-Cabrera*

## Introducción

En consonancia con las tendencias de la mortalidad observadas a escala mundial en los últimos decenios, los niveles de defunción durante los primeros años de vida en Argentina experimentan un notable descenso. Es así que, entre los quinquenios 1950-1955 y 2005-2010, la tasa de mortalidad correspondiente a los niños menores de 5 años (TMM5) manifiesta una reducción cercana al 80%, al pasar de 83,4 a 17,4 por mil nacidos vivos (CELADE - División de Población de la CEPAL, s.f.).

El decrecimiento de la tasa de mortalidad en el transcurso de la denominada “primera infancia” se atribuye, en parte, a la caída del nivel de defunciones asociado a patologías infecciosas y parasitarias<sup>1</sup>. Una prueba cabal de ello se refleja, incluso, en las estadísticas más recientes del país que publica la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cuales revelan que la TMM5 del país ligada a las causas señaladas disminuye alrededor del 88% entre 1980 y 2010, al decrecer de 5 a 0,6 por mil nacidos vivos (WHO, s.f.).

Como integrante del territorio nacional, la provincia de Córdoba no resulta ajena a la realidad comentada. En ese sentido, información producida en el ámbito oficial permite concluir que la TMM5 por enfermedades infecciosas y parasitarias de la jurisdicción consigue reducirse poco más del 90% entre los años explicitados, al decaer de 2,5 a 0,2 por mil nacidos vivos<sup>2</sup>.

Vinculado a lo anterior, y con independencia de las causas que dan origen a cada una de las defunciones registradas, resulta indiscutible que las personas que mueren prematuramente (es decir, a una edad inferior a la que indica la esperanza de vida de la población a la que pertenecen) pierden años de vida en función de los patrones de mortalidad por edad imperantes en el contexto que integran. De manera que, en la medida en que el nivel de la mortalidad asociado a una determinada causa logra reducirse, es esperable también que se reduzca el número de años de esperanza de vida perdidos (AEVP) en virtud de la misma (Arriaga, 1996; Bocco, 1996).

A partir de lo expuesto, y teniendo en cuenta la trayectoria de la TMM5 por causas infecciosas y parasitarias en la provincia de Córdoba en las últimas décadas, se plantean algunos interrogantes: ¿En qué medida dicha trayectoria ha sido acompañada de la reducción del número de AEVP entre los niños menores de 5 años a nivel provincial?, ¿Se evidencian diferencias si el análisis se realiza por sectores geográficos<sup>3</sup>?, ¿Qué conclusiones se obtienen si se consideran cada una de las causas específicas que integran tal grupo de causas?

Con la intención de aproximar una respuesta a las preguntas formuladas, se analiza, de manera conjunta y desde 1980, la dinámica provincial del nivel de la mortalidad de los niños menores de 5 años según las causas referidas y el número de AEVP ligado a las mismas. Seguidamente, con miras a avanzar en la comprensión

1 Este comportamiento se enmarca en la *transición epidemiológica*, proceso acaecido a nivel mundial en el cual, como contrapartida de la reducción de la incidencia de las causas aludidas (que afectan, fundamentalmente, a poblaciones jóvenes), se produce un aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas, degenerativas y causas externas (más habituales en poblaciones de edades avanzadas). Para más información, se sugiere consultar Frenk et al. (1991) y Curto, Verhasselt y Boffi (2001).

2 Valores obtenidos a partir de cálculos propios realizados con base en datos de nacimientos y defunciones compilados y sistematizados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación (MS) (Argentina).

3 Aunque, inicialmente, se tenía la intención de incorporar al análisis otras desagregaciones reconocidas igualmente relevantes para el estudio de la problemática abordada (nivel socioeconómico, educación de la madre, etcétera), estas fueron desestimadas en función de los altos niveles de omisión que presentan los registros vitales en relación a las mismas (Rojas Cabrera y Santillán Pizarro, 2014).

de la problemática planteada, se estudia el comportamiento que estos últimos describen, teniendo en cuenta la desagregación de las muertes según causas más específicas y, a su vez, por sectores geográficos.

A los fines establecidos, se practican algunos procesamientos especiales sobre la base de estadísticas vitales y poblacionales recopiladas en el país a nivel oficial.

## Materiales y métodos

Se propone un estudio descriptivo de índole socio-demográfica con base en información relativa a los nacimientos y defunciones contabilizados en la provincia de Córdoba desde 1980 y sistematizados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación (MS) (Argentina); y la cantidad de personas de dicha jurisdicción por grupo etario relevadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en los censos de población de 1980, 1991, 2000 y 2010.

En particular, se contemplan las muertes atribuidas a causas infecciosas y parasitarias, catalogadas como tales en las novena y décima ediciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9 y CIE 10, respectivamente) (OMS, s.f.a; s.f.b). Es decir, aquellas que se corresponden con los códigos comprendidos en el rango de 001 a 139 de la CIE 9 (vigentes en Argentina entre 1980 y 1996); y en el de A00 a B99 de la CIE 10 (empleados en el país desde 1997).

Estas muertes se desagregan según: a) causas específicas (*Diarrea infecciosa, Tuberculosis, Infección por meningococo, Septicemia, Infección del sistema nervioso central (SNC) por enterovirus, Hepatitis viral, Sarampión, Sífilis congénita, Infección por parásitos y hongos, Tos ferina<sup>4</sup>, Varicela, Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Síndrome de shock tóxico e Infección viral no especificada*) y; b) sectores geográficos seleccionados (*Capital*, integrado por la jurisdicción departamental homónima; e *Interior*, conformado por los restantes departamentos de la provincia).

A partir de la información explicitada, se calcula la *TMM5 por causas infecciosas y parasitarias* a nivel de provincia y por sector geográfico. La misma surge del cociente entre el promedio de las defunciones acaecidas en los niños menores de 5 años durante los trienios 1980-1982, 1990-1992, 2000-2002 y 2009-2011<sup>5</sup> y el número de niños nacidos vivos registrados en el año central de referencia en cada caso.

En relación con el cálculo detallado, cabe aclarar que: 1) se promedian las defunciones del numerador con la intención de suavizar las fluctuaciones bruscas que dicha tasa pudiera manifestar en su dinámica, en función de la cantidad de casos registrados en cada año investigado<sup>6</sup>; 2) si bien la conformación de los periodos explicitados se realiza a partir de considerar el año censal como el central de cada uno, ello no se cumple en el trienio 1980-1982, dadas las limitaciones de la información disponible a la fecha de ejecución de esta investigación; en dicho caso, se considera a 1980 como el año de referencia.

Una vez obtenida la *TMM5*, esta se relaciona con el *número de AEVP estimados*, indicador propuesto por Eduardo Arriaga que representa la diferencia entre el máximo posible de años que se pueden vivir entre dos edades y los que efectivamente se viven (Arriaga, 1996; Xunta de Galicia et al., 2014); que permite medir cambios en la mortalidad según causas específicas (especialmente cuando el nivel de defunciones ligado a ellas es relativamente bajo) y sin necesidad calcular tasas de mortalidad<sup>7</sup> (Arriaga, 1996); y cuyo valor se logra mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

$$nAEVPX(z) = np_x(z) [(n + Ax + n) - nkx]$$

4 Llamada también *tos convulsiva, tos convulsa* o *coqueluche*.

5 La delimitación temporal del estudio obedece a la información disponible al momento de su realización.

6 A saber: 144 en 1980 (total de muertes: 1.576), 162 en 1981 (total de muertes: 1.591), 141 en 1982 (total de muertes: 1.560), 91 en 1990 (total de muertes: 1.365), 62 en 1991 (total de muertes: 1.396), 39 en 1992 (total de muertes: 1.216), 19 en 2000 (total de muertes: 934), 26 en 2001 (total de muertes: 955), 18 en 2002 (total de muertes: 893), 19 en 2009 (total de muertes: 723), 12 en 2010 (total de muertes: 746) y 12 en 2011 (total de muertes: 703). Para más información, se sugiere consultar las tablas 1, 2 y 3 del *Anexo* ubicado al final del documento.

7 En este caso puntual, esta cuestión se evidencia especialmente a partir de los valores consignados en la Nota 6.

Siendo:

$np_x(z)$ : la proporción de fallecidos entre las edades  $x$  y  $x+n$  por la causa de muerte  $z$  de la población estacionaria de la tabla de mortalidad;

$A_{x+n}$ : el promedio de años que los fallecidos entre las edades  $x$  y  $x+n$  podrían haber vivido a partir de  $x+n$ , si no hubiesen muerto (de manera que  $n + A_{x+n}$  es el número de años que habrían vivido desde la edad  $x$ , en caso de no fallecer)  $y$ ;

$yn_{kx}$ : el promedio de años vividos entre  $x$  y  $x+n$  por la población que fallece en ese grupo de edad, bajo el supuesto de que las defunciones se distribuyen en todo el grupo.

Para calcular los AEVP para los trienios señalados (en principio, de acuerdo a todas las causas  $y$ , posteriormente, para los grupos de causas y sectores geográficos mencionados) se recurre a la rutina diseñada por el citado autor, cuya ejecución requiere la confección previa de una tabla de vida para cada año censal (Arriaga, 2001). Esta última es concretada con apoyo de la planilla de cálculo LTPOPDTH, que requiere la tasa de mortalidad infantil, el índice de masculinidad al nacimiento, y los totales de población y defunciones relevados anualmente según tramo de edad<sup>8</sup>.

## Resultados y discusión

La TMM5 por causas infecciosas y parasitarias disminuye paulatinamente a lo largo de los años bajo estudio. Sin embargo, este comportamiento no siempre es acompañado por la trayectoria de los AEVP asociados en cada trienio, cuestión que se refleja en el valor máximo que dicho indicador alcanza en el periodo 1990-1992 (Tabla 1).

Asimismo, los dos indicadores difieren en cuanto al ritmo del descenso. En efecto, mientras que la TMM5 se reduce el 90% entre los extremos del periodo analizado, los AEVP lo hacen tan solo un 32% (Tabla 1).

Al margen de estas diferencias, el comportamiento de ambos está en consonancia con el incremento que registra la esperanza de vida estimada para el grupo poblacional analizado<sup>9</sup> a la vez que guarda relación con conclusiones de investigaciones previas que destacan del decrecimiento del número de años de vida perdidos por todas las causas (Celton y Arriaga, 1995; Bocco, 1996) y por enfermedades infecciosas y parasitarias para la población cordobesa en general (Celton y Arriaga, 1995). Al mismo tiempo, presenta similitudes con otras contribuciones realizadas desde una perspectiva socio-demográfica a escala nacional (Skliar, 2007; González y Peranovich; 2012).

**Tabla 1.** Provincia de Córdoba, trienios seleccionados. TMM5 y AEVP por enfermedades infecciosas y parasitarias

Trienio	TMM5	AEVP
1980-1982	2,626	1,748
1990-1992	1,131	2,075
2000-2002	0,423	1,479
2009-2011	0,245	1,184

**Fuente:** Elaboración propia basada en información recopilada por la DEIS - MS y el INDEC.

Si el análisis se realiza por sectores geográficos aparecen algunas diferencias que merecen ser destacadas. En tal sentido, la TMM5 asociada a *Capital* registra un descenso cercano al 92% entre los trienios 1980-1982 y 2009-2011 (cuando pasa de 2,769 a 0,223 por mil nacidos vivos); la asociada al *Interior*, que parte de un me-

<sup>8</sup> Para mayores detalles en relación con el procedimiento en cuestión, se recomienda consultar Arriaga (2001), pp. 98-108 y Arriaga (2014), pp. 223-228.

<sup>9</sup> Concretamente, la esperanza de vida de la población menor de 5 años asciende de 70,56 a 75,72 años entre los trienios 1990-1992 y 2008-2010 (INDEC; 1995; 2013).



nor valor inicial (equivalente a 2,529 por mil nacidos vivos en el trienio 1980-1982), manifiesta una reducción levemente inferior, de aproximadamente el 90% (al asumir un valor de 0,262 en el último trienio estudiado)<sup>10</sup>.

Ahora bien, una lectura de los AEVP según causas más específicas revela un predominio de los vinculados a *Diarrea Infecciosa* con independencia del ámbito geográfico (estos representan el 75% de los AEVP en todos los casos) (tablas 2 y 3).

Posteriormente, estos consiguen reducirse sostenida y considerablemente (cerca del 90% para el total de la provincia entre los trienios estudiados), trayectoria que corrobora los logros de los estados cordobés y argentino a través de las campañas de concientización social de las normas de higiene, la extensión de los servicios de agua potable y saneamiento<sup>11</sup> y el aumento del nivel educativo de la población<sup>12</sup> (Celton, 1994; Álvarez, 1998; Ausbuger et al., 2006; Carbonetti y Peranovich, 2007; Peranovich y Celton, 2008).

De manera complementaria, la incidencia relativa de la causa decrece en los dos sectores considerados, aunque con mayor énfasis en el *Interior* (donde asume un valor equivalente al 6% a diferencia del 17% calculado para *Capital*), sector donde los AEVP adquieren el menor valor en términos absolutos (tablas 2 y 3).

Distinto es el caso de los AEVP por *Septicemia*, que si bien ocupan el segundo lugar en la estructura referida en el trienio 1980-1982 (con una participación que se aproxima al 16% y 18%, respectivamente, en *Capital* e *Interior*), aumentan comparativamente entre los extremos del periodo abordado (al tiempo que concretan su máxima expresión en el trienio 1990-1992) y alcanzan el mayor peso relativo en el trienio 2009-2011, fundamentalmente en detrimento del *Interior* (*Capital*: 21%; *Interior*: 45%) (tablas 2 y 3).

Esto último podría estar asociado a una mayor presencia de establecimientos de atención de la salud de mediana y alta complejidad en la jurisdicción capitalina, cuestión que deriva en una mayor posibilidad de tratar oportunamente los casos afectados. Simultáneamente, podría guardar relación con diferencias en el estado edilicio y las condiciones de mantenimiento de las locaciones en cada caso.

Aunque los AEVP asociados al resto de las causas muestran, en todos los ámbitos, una participación inferior al 3% al comienzo del periodo estudiado, llama la atención el incremento que se produce en términos absolutos en algunos casos, cuestión que también deriva en un ascenso de su peso relativo y la consecuente diversificación de la estructura en el trienio 2009-2011 (tablas 2 y 3).

En razón de lo anterior, se destacan los AEVP atribuidos a *Tos ferina*. Aunque estos presentan oscilaciones a lo largo del periodo investigado, exhiben un crecimiento a nivel provincial del 511% entre los extremos del mismo (mayormente en función del incremento que registran en *Capital*). Este comportamiento deriva en un aumento de su incidencia relativa (12%), lo que los sitúa en el segundo lugar de la estructura comentada (tablas 2 y 3).

Con una trayectoria similar, continúan, en orden de relevancia, los AEVP por *Infección por meningococo*, *Varicela*, *Sífilis congénita*, *Infección del SNC por enterovirus* e *Infección por parásitos y hongos*. Hacia el final del periodo estudiado, la participación relativa de los mismos asciende al 12% y 8%, respectivamente, en los dos primeros casos, y al 6% en los restantes (fundamentalmente en detrimento del *Interior* en el primero y tercer casos y *Capital* en los demás) (tablas 2 y 3).

10 Debido a la carencia de información relativa a nacimientos de 1980 desagregada por sector geográfico a la fecha de realización de esta investigación, para el cálculo de las TMM5 en el trienio 1980-1982 se realizó una asignación de los mismos con base en la proporción atribuida a cada sector en 1991.

11 Estos esfuerzos se reflejan en el decrecimiento de indicadores tales como la proporción de población en hogares de la provincia con provisión de agua fuera de red pública (de 20,2% a 8,3% entre 1991 y 2010), la proporción de población en hogares de la jurisdicción sin acceso a servicio de recolección de residuos al menos dos veces por semana (de 8,3% en 2001 a 7% en 2010); y la proporción de hogares sin retrete o con servicio sanitario sin descarga de agua adecuada (cuyo valor varía de 12,7% a 7,7% entre 1991 y 2010) (INDEC, 1993a; 1993b; s.f.a; s.f.b; s.f.c).

12 Un indicio de ello se observa en la variación positiva que expresa el porcentaje de personas de 25 años y más de la provincia con estudios secundarios completos, al crecer de 36,2% en 2001 a 45,5% en 2010 (INDEC, s.f.a; s.f.c).

El aumento de los AEVP vinculados a *Tos Ferina, Infección por Meningococo e Infecciones del SNC por enterovirus*<sup>13</sup> contrasta con la incorporación progresiva de vacunas dirigidas a contrarrestar la morbimortalidad por dichas causas en el calendario de inmunización oficial (las cuales se aplican en dosis durante los primeros meses de vida y, en ocasiones, requieren dosis suplementarias o refuerzos con posterioridad al año de edad; Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles - MS, s.f.). Así también, está en disonancia con los altos niveles de cobertura de vacunación que Argentina registra en comparación con otros países de la región (MS, 2012; OPS, 2011; 2012).

Sin embargo, coincide con algunos estudiosos del tema que sostienen que, más allá de los esfuerzos referidos, todavía existen sectores de la población cuyos porcentajes de cobertura difieren considerablemente del promedio nacional (SAP, 2011).

Respecto del aumento que registran los AEVP vinculados a *Varicela*, cabe aclarar que la vacuna respectiva fue introducida al calendario aludido recién en 2015<sup>14</sup>; es decir, algunos años después del periodo abarcado en el presente trabajo. Por este motivo, el análisis de los resultados de la intervención en cuestión configura una cuestión pendiente a indagar en futuras investigaciones.

En cuanto a la trayectoria de los AEVP por *Sífilis congénita*, merece hacerse mención del creciente número de niños recién nacidos en la provincia que la padecen. Este aumento es atribuido, por un lado, a la mejora en el registro de los casos (cuya denuncia es obligatoria), pero, por el otro, al incremento paulatino de la proporción de embarazadas con la enfermedad (Fernández, 2014; Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios; 2014).

La gravedad de lo comentado radica en que la *Sífilis congénita* conforma una patología susceptible de ser prevenida mediante el seguimiento adecuado de la madre durante el periodo de gestación y su tratamiento con inyecciones de penicilina. De allí que el aumento de casos denunciados se vincule con la carencia de una política sanitaria integral, que contemple diferentes cuestiones. A saber: la falta de articulación entre las acciones desplegadas desde el área de salud; la escasez de centros de atención con la totalidad de servicios necesarios para la prevención, la detección y el tratamiento de la enfermedad; el progresivo desinterés hacia prestaciones ligadas al primer nivel de atención (en detrimento de servicios más complejos incluidos en el segundo y tercer nivel); y la desafectación de recursos destinados a tal fin (Ase, 2014; Fernández; 2014).

Exceptuando a los AEVP por *VIH* y Síndrome de shock tóxico, la dinámica de los relacionados con las otras causas (*Tuberculosis, Hepatitis Viral y Sarampión*) describe un comportamiento irregular. Aún así, los mismos alcanzan valores nulos en el trienio 2009-2011<sup>15</sup> (tablas 2 y 3).

Respecto de aquellos asociados al *VIH*, estos adquieren un valor distinto de 0 sólo en los dos últimos trienios estudiados, aunque con una tendencia al descenso y con presencia únicamente en *Capital* (tablas 2 y 3). Esta tendencia podría estar ligada a la creciente mejora en el diagnóstico de los casos y, además, a las medidas implementadas para la prevención y el respectivo tratamiento de las personas afectadas<sup>16</sup>.

Por su parte, los AEVP por *Síndrome de shock tóxico* exhiben valores nulos al inicio del periodo abordado. No obstante este comportamiento, con posterioridad al año 2000, el indicador comienza a crecer a la vez que se

13 Este grupo de causas comprende la *Poliomielitis* cuya aparición se previene, simultáneamente, con vacunas y hábitos de higiene (Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles - MS, s.f.).

14 Aunque anteriormente la vacuna estaba disponible en el mercado para su aplicación, el acceso a esta última se universaliza a partir de la gratuidad que le confiere su introducción en el calendario oficial de vacunación.

15 Cabe agregar que el calendario nacional de inmunización contempla vacunas dirigidas a mitigar específicamente estas patologías (Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles - MS, s.f.)

16 A partir de considerar que las primeras notificaciones de casos de VIH/SIDA en el mundo se producen a comienzos de la década de 1980; que la población en las primeras edades contrae la enfermedad, mayormente, mediante la transmisión vertical (es decir, a través de la madre durante la gestación, el parto o el periodo de lactancia); que en 1995 se inicia en Argentina la implementación de estrategias efectivas para prevenir la transmisión referida (hecho que impacta en la reducción del número de niños notificados con VIH a nivel nacional, de 329 a 79 entre 1995 y 2008); que en 1996 empiezan a introducirse en el país tratamientos antirretrovirales de alta eficacia; y que, recién en 2002, con la promulgación de la Ley Nacional 25.543, se establece la obligatoriedad de ofrecer el test diagnóstico del VIH, a toda mujer embarazada al interior del territorio nacional como parte del cuidado prenatal normal (Dirección de Sida y ETS - MS, 2011; s.f.a; s.f.b).

manifiesta solo en el *Interior* en el trienio 2009-2011 (tablas 2 y 3).

Debido a que esta causa surge en condiciones similares a la *Septicemia* (es decir, que aparece a continuación de una cirugía; o bien, a modo de infección de una herida producida como consecuencia de esta última; Medline Plus, s.f), la tendencia de los AEVP relacionados con la misma podría acusar algunas falencias en cuanto a la disponibilidad y/o al estado o mantenimiento de los centros de atención de salud de mediana o alta complejidad que involucran a los casos afectados. De manera que estaría acusando la necesidad de una revisión especial y pormenorizada de la organización y el funcionamiento de dichos centros desde el Estado.

Finalmente, los AEVP por *Infección viral no especificada* no muestran valores relevantes en ningún caso (tablas 2 y 3).

**Tabla 2.** Provincia de Córdoba, trienios seleccionados. AEVP por enfermedades infecciosas y parasitarias en niños menores de 5 años según causa específica de defunción

Causa de muerte	Trienio			
	1980-1982	1990-1992	2000-2002	2009-2011
Todas las causas infecciosas y parasitarias	1,748	2,075	1,479	1,184
Diarrea infecciosa	1,316	1,188	0,634	0,121
Septicemia	0,297	0,624	0,132	0,429
Infección por meningococo	0,020	0,037	0,161	0,131
Tuberculosis	0,017	0,013	0,040	-
Infección por parásitos y hongos	0,024	0,084	-	0,067
Tos ferina	0,024	0,036	-	0,147
Infección del SNC por enterovirus	0,013	0,037	-	0,074
Hepatitis viral	0,013	0,007	0,025	-
Sarampión	0,006	0,013	-	-
Sífilis congénita	0,007	0,036	0,245	0,074
Varicela	0,011	-	0,082	0,094
VIH	-	-	0,107	0,010
Síndrome de shock tóxico	-	-	0,027	0,037
Infección viral no especificada	-	-	0,025	-

**Fuente:** Elaboración propia basada en información recopilada por la DEIS - MS y el INDEC.

**Tabla 3.** Provincia de Córdoba, trienios seleccionados. AEVP por enfermedades infecciosas y parasitarias en niños menores de 5 años según causa específica de defunción y sector geográfico

Causa de muerte	Sector geográfico			
	Capital		Interior	
	1980-1982	2009-2011	1980-1982	2009-2011
Todas las causas infecciosas y parasitarias	1,791	1,231	1,718	1,151
Diarrea infecciosa	1,356	0,214	1,287	0,074
Septicemia	0,290	0,260	0,303	0,520
Infección por meningococo	0,008	0,107	0,025	0,148
Tuberculosis	0,019	-	0,019	-
Infección por parásitos y hongos	0,008	0,176	0,034	-
Tos ferina	0,025	0,214	0,022	0,112
Infección del SNC por enterovirus	0,019	0,107	0,012	0,056
Hepatitis viral	0,039	-	-	-
Sarampión	-	-	0,009	-
Sífilis congénita	0,017	-	-	0,112
Varicela	0,008	0,130	0,006	0,074
VIH	-	0,023	-	-
Síndrome de shock tóxico	-	-	-	0,056
Infección viral no especificada	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia basada en información recopilada por la DEIS - MS y el INDEC.

## Conclusiones

Aunque no siempre acompañan al descenso de la tasa de mortalidad vinculada, los AEVP por enfermedades infecciosas y parasitarias en los niños menores de 5 años de la provincia de Córdoba exhiben, en general, un comportamiento similar en los últimos decenios. Sin embargo, más allá de esta coincidencia, debe mencionarse que dicho comportamiento presenta diferencias de intensidad en uno y otro caso, fundamentalmente, en detrimento del último indicador.

En particular, mientras que, al comienzo del periodo estudiado, la estructura de los AEVP es liderada por *Diarrea Infecciosa* y *Septicemia*, en ese orden (causas que representan, conjuntamente, más del 90% del valor del indicador), al final del mismo dicha estructura se diversifica como consecuencia del incremento del valor del indicador en otras causas (principalmente, *Septicemia*, *Tos ferina*, *Infección por meningococo* y *Varicela*) y el descenso que este experimenta en el caso de la primera causa referida.

La gravedad de lo anterior radica en que los AEVP crecientes refieren a patologías que ya han sido alguna vez reducidas (y, en algunos casos, hasta erradicadas), cuestión que exige redoblar los esfuerzos en cuanto a medidas anteriormente puestas en marcha.

A su vez, si el análisis tiene en cuenta la desagregación del territorio en *Capital* e *Interior*, surgen ciertas diferencias que merecen ser destacadas. Concretamente, mientras que en el primero de estos sectores predominan los AEVP por patologías susceptibles de ser impedidas mediante vacunación y mejoras en las condiciones sanitarias de los hogares (incluidas las acciones de refuerzo para incorporar/reincorporar hábitos de higiene familiar y personal) y los ámbitos donde estos desarrollan sus existencias (a través de gestiones tales como la eliminación de los basurales a cielo abierto, la extensión de los servicios de saneamiento, entre otras); en el *Interior* prevalecen los AEVP relacionados con muertes que tienen lugar en centros de salud en estado inadecuado; o bien, que están dadas en función de la carencia de estos últimos y la consecuente imposibilidad de recepción de la atención y el tratamiento apropiado en cada caso.

En función de la evolución de los AEVP para algunas causas específicas y de las disparidades intersectoriales comentadas, es posible concluir que, la efectiva eliminación de las patologías infecciosas y parasitarias en la primera infancia (y, extensivamente, en el resto de la población) requiere, en primer lugar, identificar los sectores de la sociedad más propensos a contraerlas a fin de asignar exitosamente los recursos del Estado que son generalmente escasos. Ello supone contar con información que habilite clasificar a los individuos afectados de acuerdo a ciertos atributos que exceden su mero conteo. Entre ellos: la localización geográfica detallada, el nivel socioeconómico, etcétera.

En general, los datos disponibles en Argentina, permiten asignar los hechos de morbilidad y mortalidad al territorio en donde estos tienen lugar (de hecho, ello ha posibilitado la desagregación geográfica de análisis propuesta en el presente trabajo). Sin embargo, existen algunos problemas relacionados con la cobertura de tales hechos (subregistro) que suelen incidir de modo diferencial a medida que se pretende conocer la realidad de unidades geográficas más pequeñas (municipio, localidad, región sanitaria, barrio, entre otras) (DEIS - MS, 2013).

Asimismo, cabe reconocer la presencia de otras limitaciones que atentan contra las posibilidades de desagregación de la información relevada. A modo de ejemplo, aquellas que se desprenden de la inconsistencia entre los datos que se solicitan al completar el registro estadístico de las defunciones (nivel de instrucción de la madre y el padre, y situación laboral y ocupación de alguno de ellos, ambos indicadores del nivel socioeconómico del hogar de pertenencia de los niños fallecidos) y, como fuera señalado en el apartado introductorio, las dificultades de su correspondiente publicación, en virtud de los considerables niveles de omisión en la respuesta de algunas de las variables contempladas (Rojas Cabrera y Santillán Pizarro, 2014).

Por consiguiente, uno de los principales desafíos para la resolución exitosa de las cuestiones planteadas consiste en fortalecer el sistema de información relativo a la temática en todas sus instancias (desde el diseño del instrumento de recolección de los datos primarios hasta la forma de exposición de los mismos). Superarlo exige la intervención activa de diferentes actores provenientes del ámbito público, entre los cuales, quienes se corresponden con la voluntad política desempeñan un rol fundamental.

## Referencias bibliográficas

- Álvarez, María; 1998; *Mortalidad diferencial en los menores de un año. Argentina. 1980-1995*, Tesis de Maestría en Demografía de la Universidad Nacional de Córdoba; Mimeo; Córdoba.
- Arriaga, Eduardo; 2014; *Análisis demográfico de la mortalidad*; Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Universidad Nacional de Córdoba (UNC); Córdoba.
- \_\_\_\_\_ ; 2001; *El análisis de la población con microcomputadoras*; Editorial Copiar; Córdoba.
- \_\_\_\_\_ ; 1996; “Los años de vida perdidos: su utilización para medir los niveles y cambios de la mortalidad”; *Notas de población*; 63:7-38.
- Ase, Iván; 2014; “Una señal de alarma”; en *La Voz del Interior*; Sección Ciudadanos: 2 (col. 5); 8 de agosto de 2014; La Voz del Interior; Córdoba.
- Ausburger, Ana; Galende, Silvina; Gerlero, Sandra; Moyano, Cecilia; 2006; “Mortalidad infantil y condiciones de vida. La producción de información epidemiológica como aporte al proceso político de descentralización municipal en Rosario (Argentina)”; *Kairos*; 10(18); Artículo 5.
- Bocco, Mónica; 1996; “La relación entre los años de vida perdidos y la esperanza de vida: aplicaciones para el análisis de la mortalidad”; *Notas de Población*; 63:39-60.
- Carbonetti, Adrián; Peranovich, Andrés; 2007; “La mortalidad infantil en la ciudad de Córdoba entre principios y mediados del siglo XX”; en Carbonetti, Adrián (compilador); *Historias de enfermedades en Córdoba desde la colonia hasta el siglo XX*; Editorial Centro de Estudios Avanzados y Secretaría de Cultura de la Municipalidad de Córdoba; Córdoba; pp. 75-93.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) - División de Población de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe); s.f.; *Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100. Revisión 2013*; CELADE; Santiago de Chile; disponible en [http://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos\\_BD.htm](http://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm); accedido el 27 de agosto de 2014.
- Celton, Dora; 1994; *Informe demográfico de la provincia de Córdoba*; Editorial Copiar; Córdoba.
- Celton, Dora; Arriaga, Eduardo; 1995; “Años de vida perdidos por causas de muerte en la Provincia de Córdoba”; trabajo presentado en *Seminario Evolución Futura de la Mortalidad*; Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 22 - 24 de noviembre de 1995.

- Curto, Susana; Verhasselt, Yola; Boffi, Rolando; 2001; “La transición epidemiológica en la Argentina”; *Contribuciones Científicas*; GÆA Sociedad Argentina de Estudios Geográficos. Puerto Madryn-Trelew. 2001, pp. 239-248.
- DEIS (Dirección de Estadísticas e Información de Salud) -MS (Ministerio de Salud de la Nación) (Argentina); 2013; *Estadísticas Vitales. Información Básica 2012*; Serie 5; N° 56; Dirección de Estadísticas de Salud; Buenos Aires.
- Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles - MS (Ministerio de Salud de la Nación) (Argentina); s.f.; *Vacunas del Calendario*; Ministerio de Salud de la Nación; Buenos Aires; disponible en: <http://www.msal.gov.ar/dicei/index.php/ciudadanos/vacunas-del-calendario>; accedido el 17 de enero de 2017.
- Dirección de Sida y ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) - MS (Ministerio de Salud de la Nación) (Argentina); 2011; *Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina N° 28*; Dirección de Sida y ETS - Ministerio de Salud de la Nación; Buenos Aires.
- 
- \_\_\_\_\_ ; s.f.a; *Información general. VIH-Sida*; Dirección de Sida y ETS - Ministerio de Salud de la Nación; Buenos Aires; disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/informacion-general/vih-sida-its-y-hepatitis-virales/vih-sida>; accedido 18 de enero de 2017.
- 
- \_\_\_\_\_ ; s.f.b; *Legislación específica*; Dirección de Sida y ETS - Ministerio de Salud de la Nación; Buenos Aires; disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/informacion-general/conoce-tus-derechos/legislacion-especifica>; accedido 18 de enero de 2017.
- Fernández, Marcela; 2014; “En riesgo. Siguen aumentando los casos de sífilis congénita”; en *La Voz del Interior*; Sección Ciudadanos: 2 (col. 1-5); 8 de agosto de 2014; *La Voz del Interior*; Córdoba.
- Frenk, Julio; Frejka, Tomás; Bobadilla, José; Stern, Claudio; Lozano, Rafael; Sepúlveda, Jaime; José, Marco; 1991; “La transición epidemiológica en América Latina”; *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*; 111(6): 485-496.
- González, Leandro; Peranovich, Andrés; 2012; “Años de esperanza de vida perdidos en Argentina, 2001-2010”; *Población y Salud en Mesoamérica*.; 10(1): Artículo 4.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos); 2013; *Tablas abreviadas de mortalidad por sexo y edad 2008-2010*; Serie Análisis Demográfico N° 37; Publicaciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; Buenos Aires.
- 
- \_\_\_\_\_ ; 1995; *Tablas abreviadas de mortalidad provinciales por edad y sexo (1990-1992)*; Serie Análisis Demográfico N° 4; Publicaciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; Buenos Aires.
- 
- \_\_\_\_\_ ; 1993a; *Provincia de Córdoba. Resultados definitivos del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 1991*; Publicaciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; Buenos Aires.
- 
- \_\_\_\_\_ ; 1993b; *Censo Nacional de Población y Vivienda 1991. Resultados Definitivos. Córdoba*; Serie B; N° 4; Publicaciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; Buenos Aires.
- 
- \_\_\_\_\_ ; s.f.a; *Resultados del Censo de Población, Hogares y Viviendas 2001*; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; Buenos Aires; disponible en: [http://www.indec.gov.ar/micro\\_sitios/webcenso/](http://www.indec.gov.ar/micro_sitios/webcenso/); accedido 7 de agosto de 2014.
- 
- \_\_\_\_\_ ; s.f.b; *Distribución de la población de 25 años y más según máximo nivel educativo alcanzado por sexo, por provincia. Total del país. Año 2001*; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; Buenos Aires; disponible en: [http://www.indec.gov.ar/ftp/nuevaweb/cuadros/7/sesd\\_05b05.xls](http://www.indec.gov.ar/ftp/nuevaweb/cuadros/7/sesd_05b05.xls); accedido 19 de septiembre de 2014.
- 
- \_\_\_\_\_ ; s.f.c; *Resultados del Censo de Población, Hogares y Viviendas 2010*; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; Buenos Aires; disponible en: <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>; accedido 10 de septiembre de 2014.
- MS (Ministerio de Salud de la Nación, Argentina); 2012; *OPS reconoce “alto compromiso” de Argentina en acciones de vacunación*; Ministerio de Salud de la Nación; Buenos Aires; 27 de septiembre de 2012; disponible en: [http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php?option=com\\_content&id=787:ops-reconoce-alto-compromiso-de-argentina-en-acciones-de-vacunacion](http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php?option=com_content&id=787:ops-reconoce-alto-compromiso-de-argentina-en-acciones-de-vacunacion); accedido 18 de septiembre de 2014.
- MedlinePlus (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos); s.f.; *Síndrome de shock tóxico*; Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos; Bethesda; disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000653.htm>; accedido 18 de enero de 2017.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud); 2012; *La OPS destaca a Argentina como uno de los países más avanzados en vacunación*; Organización Panamericana de la Salud; 28 de septiembre de 2012; disponible en: [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1040&Itemid=285](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1040&Itemid=285); accedido el 18 de septiembre de 2014.
- 
- \_\_\_\_\_ ; 2011; *La Argentina se posiciona con altos niveles de cobertura de vacunación en la región*; Organización Panamericana de la Salud; 18 de abril 2011; disponible en: [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=691](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=691); accedido el 18 de septiembre de 2014.
- OMS (Organización Mundial de la Salud); s.f.a; *Clasificación Internacional de Enfermedades. Novena Edición*.
- 
- \_\_\_\_\_ ; s.f.b; *Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima Edición*.

- Peranovich, Andrés; Celton, Dora; 2008; “Tendencias y condicionantes de la mortalidad de los niños en la última centuria de Córdoba”; en Carbonetti, Adrián; González Leandri, Ricardo (editores), *Historias de salud y enfermedad en América Latina. Siglos XIX y XX*; Ferreyra Editor; Córdoba; pp. 253-272.
- Rojas Cabrera, Eleonora; Santillán Pizarro, María Marta; “Mortalidad en los primeros años de vida en Argentina y Brasil. Entre compromisos de disminución y posibilidades de monitoreo”; *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*; 25(1):161-191.
- SAP (Sociedad Argentina de Pediatría) - Comité Nacional de Infectología; 2011; *Prioridades para la incorporación de vacunas al calendario nacional. Recomendaciones de la Sociedad Argentina de Pediatría*; Ediciones Fundación Sociedad Argentina de Pediatría; Buenos Aires.
- Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios - Ministerio de Salud de la Nación (Argentina); 2014; Boletín Integrado de Vigilancia N° 222 - SE 30; Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios; Buenos Aires; disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/Boletin%20Integrado%20De%20Vigilanci%20N222-SE30.pdf>; accedido el 10 de septiembre de 2014.
- Skliar, Gustavo; 2007; “Años de vida perdidos en Argentina y Brasil desde una perspectiva comparada a comienzos del siglo XXI”; trabajo presentado en *X Jornadas Nacionales de Estudios de Población de la Asociación de Estudios de Población de la Argentina*; 31 de octubre - 2 de noviembre de 2007.
- WHO (Organización Mundial de la Salud, por sus siglas en inglés); s.f.; *WHO Mortality Database. Updated as of July 2014*; Organización Mundial de la Salud; disponible en <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/>; accedido el 29 de agosto de 2014.
- Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; Organización Panamericana de la Salud; Universidad CES de Colombia; 2014, *Epidat 4. Análisis Epidemiológico de Datos. Versión 4.1*; Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; Galicia.

**ANEXO**

**Tabla 1.** Provincia de Córdoba, años seleccionados. Nacidos vivos por sector geográfico

Año	Total provincia	Sector geográfico	
		Capital	Interior
1980*	56.745	22.871	33.874
1991	56.563	22.798	33.765
2001	49.677	20.517	29.160
2009	58.540	25.457	33.083

(\*) En virtud de la carencia de datos por sector geográfico para 1980 al momento de realización de la presente investigación, se realizó una desagregación de los mismos de acuerdo a la proporción de nacimientos registrada en cada caso en 1991. Fuente: DEIS - MS.

**Tabla 2.** Provincia de Córdoba, trienios seleccionados. Defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias en niños menores de 5 años según causa específica de defunción

Causa de muerte	Trienio			
	1980-1982	1990-1992	2000-2002	2009-2011
Todas las causas infecciosas y parasitarias	447	192	63	43
Diarrea infecciosa	346	108	26	4
Septicemia	71	57	7	16
Infección por meningococo	4	4	2	5
Tuberculosis	4	3	2	-
Infección por parásitos y hongos	6	7	-	4
Tos ferina	6	2	-	4
Infección del SNC por enterovirus	3	4	-	2
Hepatitis viral	2	1	2	-
Sarampión	1	2	-	-
Sífilis congénita	2	3	8	2
Varicela	2	1	4	4
VIH	-	0	4	1
Síndrome de shock tóxico	-	0	1	1
Infección viral no especificada	-	0	2	-

Fuente: DEIS - MS.



**Tabla 3.** Provincia de Córdoba, trienios seleccionados. Defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias en niños menores de 5 años según causa específica de defunción y sector geográfico

Causa de muerte	Sector geográfico			
	Capital		Interior	
	1980-1982	2009-2011	1980-1982	2009-2011
Todas las causas infecciosas y parasitarias	190	17	257	26
Diarrea infecciosa	150	2	196	2
Septicemia	28	4	43	12
Infección por meningococo	1	1	3	4
Tuberculosis	1	0	3	-
Infección por parásitos y hongos	1	4	5	-
Tos ferina	3	2	3	2
Infección del SNC por enterovirus	1	1	2	1
Hepatitis viral	2	-	-	-
Sarampión	-	-	1	-
Sífilis congénita	2	-	-	2
Varicela	1	2	1	2
VIH	-	1	-	-
Síndrome de shock tóxico	-	-	-	1
Infección viral no especificada	-	-	-	-

Fuente: DEIS - MS.

# **Epidemias de viruela y reducciones indígenas: dos casos en la frontera norte santafesina del s. XIX**

*Gabriela Molina y Aldo Green*

## **Introducción**

En este artículo nos proponemos indagar en el impacto de la epidemia de viruela de 1873, sobre la población de dos reducciones mocovíes de la frontera norte santafesina: San Javier y Nuestra Señora de los Dolores.

Gran parte de los estudios sobre epidemias que afectaron a americanos originarios se centran en el período de la conquista (s. XVI-s. XVII) y se vinculan fundamentalmente a las discusiones en torno a los efectos sobre la estructura demográfica. Según consenso general, la introducción de enfermedades provenientes del viejo mundo en América y el contagio a las poblaciones originarias resultó letal para éstas (Baida-Arguello Chamorro, 2011) (Jackson, 2014). Algunos trabajos reseñan las enfermedades introducidas por los europeos y plantean discusiones en torno al origen de las mismas. Entre las principales señaladas: la viruela, el sarampión, la gripe, la neumonía, el tifus, el cólera y la peste bubónica (García Chicano, 2009), siendo la primera la que se destaca por la magnitud de los estragos causados en el Nuevo Continente (Rosales Jiménez, 2010)

Es imposible desconocer el efecto negativo de las epidemias traídas por los europeos sobre los americanos originarios, así como la catástrofe demográfica que implicó la conquista y colonización, aunque las cifras de población sean permanente materia de discusión. Aun reconociendo este impacto, algunos autores ponen énfasis en explicaciones multicausales de la declinación demográfica americana (Livi Bacci, 2003), en tanto otras investigaciones, van mostrando el error de ver en la catástrofe bacteriológica, una disculpa a la brutalidad del conquistador europeo, en la medida en que no era éste inocente respecto de las causas y efectos de las epidemias (Morabia, 2013). Los españoles tenían conocimiento del efecto devastador que las enfermedades producían sobre los indígenas en comparación con los europeos (Cordero del Campillo, 2001) y se ha demostrado que en momentos de conflicto hubo intención de propagarlas artificialmente (Diomedí, 2003) (Baida-Arguello Chamorro, 2011).

La mayor dureza que presentaban las enfermedades epidémicas entre los indígenas americanos se explica generalmente por la falta de inmunidad de estos (Vellard, 1953-55) (Cordero del Campillo, 2001) (García Chicano, 2009) (Rosales Jiménez, 2010), lo que a su vez se remite a factores operantes en el momento del poblamiento inicial del continente, como el escaso número de los primeros migrantes, la “pantalla del frío” o la ausencia de animales domésticos (Di Liscia, 2000) (Rosso, 2011). El aislamiento del mismo, durante varios milenios, hasta la conquista europea los encontró “vírgenes” respecto de las enfermedades contagiosas.

Jackson, en base a sus estudios sobre las misiones guaraníes del Paraguay en el s. XVIII, ha cuestionado el modelo “virgin soil” que plantea que los originarios adquirieron inmunidades luego del contacto inicial, en la medida en que dos siglos después de éste, las epidemias siguen allí resultando catastróficas; con altas tasas de mortalidad que varían según la estructura de la población en cada comunidad, los contactos sostenidos con el exterior, los modelos de asentamiento y las respuestas implementadas en cada caso frente a las epidemias (Jackson, 2014). De cualquier manera, se debe tener presente que las vastas extensiones americanas posibilitaron la supervivencia de grupos nativos con escaso contacto o incluso aislados totalmente respecto de los

<sup>1</sup> La viruela, es una enfermedad virósica; infecto-contagiosa; causada por el Poxvirus variolae; que puede conservar bastante tiempo su virulencia; hasta 18 meses en las costras de los infectados y hasta 9 meses en material contaminado. El contagio es de persona a persona por secreción de las mucosas del infectado, o por contacto con la ropa de “variolosos”. Tras unos 12 días de incubación produce fiebre alta, cefalea y malestar general durante unos 4 días, en que aparecen las pústulas en la cara y extremidades. La tasa de mortalidad de esta enfermedad puede variar del 30% al 95% de los infectados, según la forma en que se presente (García Chicano, 2009) (Rosales Jiménez, 2010) (Méndez Elizalde, 2011).

occidentales hasta el s. XX; como han observado los antropólogos, especialmente, en la Amazonia (Ribeiro, 1973) (Colombres, 1976).

Otros autores señalan que en la difusión y consecuencias de las epidemias intervienen las condiciones sanitarias, las cuestiones alimentarias, y los cambios en el hábitat y la organización socioeconómica de los indígenas, entre otros factores (Gomez, 1998) (Rosso, 2011).

El impacto diverso de las mismas, también ha sido relacionado con su difusión, ya fuera en “espacios abiertos”, ya en “áreas confinadas” potenciando esto último sus efectos negativos (Sanchez Tellez-Guerra, 1986). Particularmente se han señalado las consecuencias fatales de la concentración de indígenas en reducciones o misiones religiosas, lo que ha favorecido la difusión de las enfermedades y provocado mayor número de muertes. (Gómez, 1998, p. 149) (Rosso, 2011, p. 21)

Asumiendo que las epidemias constituyeron un elemento negativo central resultante de la interacción producida entre europeos y nativos, nos interesa profundizar en la complejidad de los factores operantes en las particularidades de caso. Por este motivo, hemos elegimos para analizar las reducciones de indígenas de la frontera norte santafesina, durante el s. XIX, considerando el supuesto de que los asentamientos que concentran mayor población favorecen la aparición y propagación de enfermedades epidémicas.

En el marco de un proyecto de trabajo mayor que tiene como objetivo estudiar las sucesivas epidemias ocurridas entre estas poblaciones, en esta instancia nos proponemos: evaluar el impacto demográfico del brote de viruela de 1873; analizar las actitudes y respuestas, tanto de los propios indígenas, como de las autoridades locales en un período de consolidación estatal; e identificar y poner a prueba las fuentes que resulten de utilidad para este tipo de estudios. Al analizar la magnitud de la epidemia de viruela de 1873 y los posibles factores determinantes de la alta mortalidad, observaremos los grupos más afectados, los patrones de asentamiento y las condiciones de vida, la frecuencia de contactos entre éstas y otras poblaciones; y si se implementaron medidas para intentar frenar el contagio, los resultados obtenidos.

Para ello nos centramos en el análisis de las fuentes documentales parroquiales de ambas reducciones, particularmente en los libros de defunciones. Para las reducciones indígenas del norte santafesino, contamos con estos registros a partir de 1856 que es cuando se hacen cargo de las mismas los religiosos franciscanos. En los libros parroquiales se registraban los bautismos, los matrimonios y las defunciones de los habitantes de cada reducción, como se hacía entre los habitantes de origen europeo. Con cierta regularidad consignan: sexo, edad, origen étnico, procedencia, y, en el caso de las defunciones, la causa de la misma; además de alguna otra información ocasional.<sup>2</sup>

Se trata de un tipo de fuente muy poco explotada hasta ahora en los estudios referidos a la región, pese a que su importancia fuese ya señalada por Oggier y Jullier en su historia de San Jerónimo, quienes las destacan para la investigación del aspecto sanitario de la colonización del centro oeste santafesino (Oggier-Jullier, 1984, p. 299). Otros autores, las han utilizado, sin abordarlas en profundidad (Ropolo, 2005) (Marioni Berra, 2005).

Entre las dificultades para su empleo, señalamos que su elaboración estuvo a cargo de diferentes sacerdotes, por lo tanto los registros no son completamente regulares si se toman largos períodos, y las imprecisiones en el señalamiento de las causas de los decesos en algunos casos, debido a lo ambiguo de los diagnósticos. En el caso de la viruela, sin embargo, por ser una enfermedad tan conocida y estar identificados sus síntomas en esta época, la información resulta precisa en gran medida. Estas fuentes parroquiales permiten comparar a su vez el comportamiento de la enfermedad en diferentes localidades.

### **Las reducciones de San Javier y Nuestra Señora de los Dolores en el Chaco santafesino.**

Las reducciones de indígenas mocovíes que nos interesan en el presente trabajo se hallaban, en la segunda mitad del s. XIX, en la franja fronteriza que se abría al norte de la actual provincia de Santa Fe, frente al territorio chaqueño que permanecía sin conquistar.

<sup>2</sup> Los Libros parroquiales fueron consultados en la página <https://familysearch.org/search/> y en la Iglesia de San Jerónimo Norte.

A comienzos del siglo XVII, desde la destrucción de la ciudad de Concepción del Bermejo, se había estabilizado, relativamente, una frontera entre las sociedades originarias del Chaco y la sociedad colonial, desarrollándose diversas formas de interacción que oscilaron entre la coexistencia pacífica y la guerra a muerte.

La formación de reducciones indígenas a cargo de misioneros religiosos fue una de las modalidades que revistió esa interacción. Desde el lado hispano-criollo la misma tenía por objeto contener a los nativos y cristianizarlos, como una forma de hacer cesar sus ataques sobre la frontera. La estrategia se tornó central en el s. XVIII cuando la vía militar se reveló ineficaz frente a la resistencia de los indígenas. Mientras que para éstos, constituyó una alternativa que les permitía librarse de la presión militar colonial, adquirir algunos bienes “occidentales” y recuperar fuerzas, conservando cierto margen de autonomía en la medida en que podían abandonarlas y retornar a los montes chaqueños si variaban las condiciones. En ese contexto, se conformó en 1743, la reducción de San Javier, con el grupo mocoví del cacique Aletin y los misioneros jesuitas.

En la segunda mitad del s. XIX, la política reduccional continuó en manos de los misioneros franciscanos. En un período de consolidación del Estado central y de organización institucional, la progresiva vinculación con el mercado mundial hacía necesaria la expansión de las fronteras agropecuarias y, por ende, la incorporación de los territorios que permanecían en poder de los pueblos chaqueños independientes; llamados “montaraces” en la época; por lo que durante estos años se sucederán continuamente las expediciones militares de exterminio, con el objeto de ocupar ese territorio y despejarlo de sus habitantes originarios para destinarlo a la colonización.

Como una manera de huir de las matanzas, entre otras cosas, grupos de mocovíes se irán incorporando a las reducciones ya existentes (como San Javier) o haciendo tratados con los gobiernos para la fundación de otras nuevas. De esta forma, en 1870, los grupos de los caciques Mariano Salteño, Valentín Teoti y José Manuel Maunalín, integrados en gran número por mocovíes “montaraces”, forman la reducción de Nuestra Señora de los Dolores o San Martín (Dolores), junto a curas franciscanos (Molina- Green, 2015, b)

El establecimiento en reducciones implicó, entre otras cosas, un cambio gradual en relación al tradicional patrón de asentamiento disperso de los mocovíes, que en los montes acampaban en pequeños grupos que se mantenían separados y sólo se reunían en determinadas ocasiones por corto tiempo (Nesis, 2005)

La reducción imponía la convivencia sedentaria de gran número de personas, y aunque el abandono de las mismas por parte de algunos grupos, que retornan al norte de la frontera para escapar de la progresiva pérdida de autonomía que se verifica en la segunda mitad del siglo, no era extraño; fue resultando cada vez más difícil en una época en que la frontera se corría lentamente hacia el norte y el Estado contaba con más posibilidades para ejercer control sobre estas poblaciones a las que pretendía circunscribir en los ceñidos espacios de las reducciones (Molina-Green, 2015, b). Ya en 1858, el coronel belga Du Graty emitía la orden de disparar contra cualquier indígena que fuera visto fuera de las mismas (A. de Gobierno, T. 17, 1858. F.208. AGPSF)

De esta manera observamos, en las últimas décadas del siglo, a grupos que habían pasado del desplazamiento por los grandes espacios abiertos del territorio chaqueño, dedicados a la caza y recolección, a un asentamiento permanente en estrechos espacios “cerrados” (los terrenos destinados a la reducción) con alta densidad demográfica y dependiendo, en cierta medida, de las raciones del estado (no siempre entregadas regularmente), lo que provocó ocasionales “hambrunas”, como la señalada para la reducción de San Pedro en 1858 (A. de G. T. 17, 1858, F. 1095. AGPSF).

Aunque existen muy pocas referencias como para evaluar la evolución demográfica de las reducciones en la segunda mitad del S. XIX, tanto como del pueblo mocoví en su conjunto, en la medida en que no hay cifras de los que permanecían al norte de la frontera, es decir, los “montaraces”; expondremos algunos datos con la intención de sugerir algunas tendencias generales. Para el siglo anterior; según Kersten, Huonder (1765) daba la cifra de 2000 a 3000 guerreros; en tanto Azara señalaba a fines del mismo que la nación mocoví estaba dividida en parcialidades y las cuatro principales sumaban 2000 guerreros (Kersten, 1968). En la época había además 1046 mocovíes en la reducción de San Javier y 589 en la reducción de San Pedro (Suarez, 2003) por lo que podríamos hablar de alrededor de unos 8000 mocovíes para mediados del s. XVIII. Teniendo en cuenta las matanzas producidas por las expediciones militares del estado provincial en la primera mitad del s. XIX (Martínez Sarasola, 2005) podemos pensar en una disminución de la población mocoví para mediados de este.

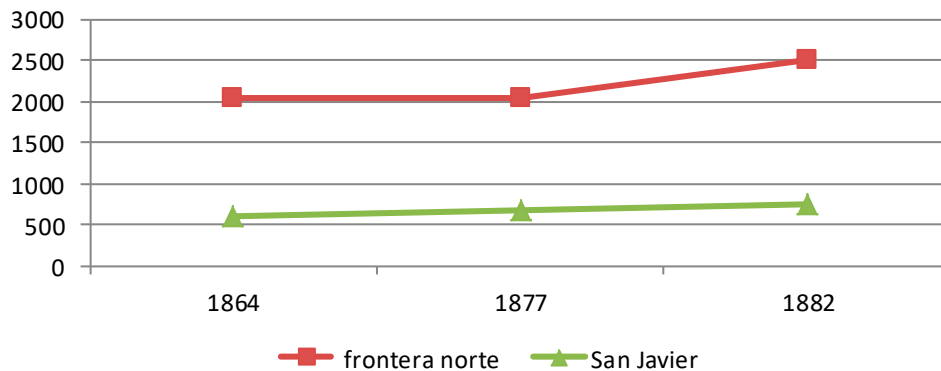
En la década de 1860 (1864) el P. Rossi levanta un censo general en las reducciones y aporta cifras globales y datos sobre la distribución de la población por sexo y edad. El total de mocovíes censados asciende a 2053

(Caloni, 1884, p. 48). Unos 13 años después, en 1877, el P. Fortunato Marchi, registra 2049 mocovíes reducidos (Aleman, 1997, pp. 142-47) y para 1882, hemos estimado la cifra de 2500 (luego de restar al censo de Caloni de ese año un número aproximado de abipones y tobas). En el gráfico n° 1 hemos representado la evolución general de los mocovíes reducidos en la frontera norte, a partir de estos datos censales; y de la población de la reducción de San Javier en particular.

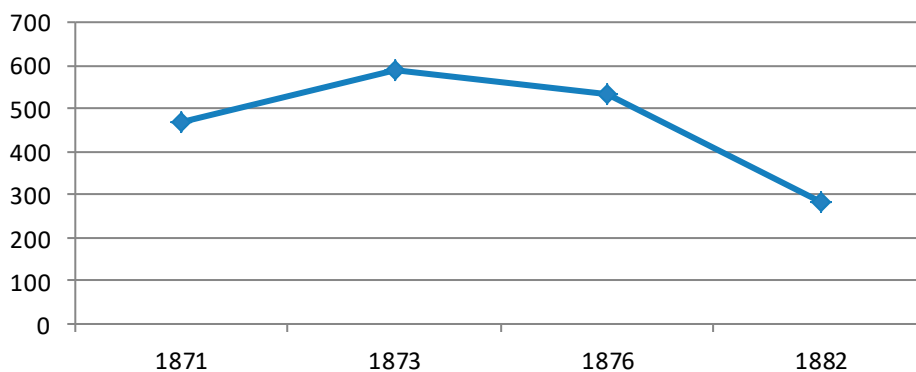
Desglosando las cifras correspondientes a la reducción de San Javier, tenemos 603 habitantes para 1864, repartidos por sexo y edad como aparece en el cuadro n° 1, (Caloni, 1884, p. 69), 678 en 1877 (Aleman, 1997, p. 142) y 755 para 1882 (Caloni, 1884, p. 69)

El primer censo en Dolores, lo realizan los curas a mediados de 1870 y registran 338 indígenas, de los cuales unos 200 provenían de otras reducciones, siendo el resto “montaraces”. A comienzos de 1873 se da la cifra de 587 mocovíes (Dalla Corte, 2012, pp. 84, 87) en tanto para 1876 se censan 534 habitantes repartidos por sexo y edad según se aprecia en el cuadro n° 1(Dalla Corte, 2012, p. 92) En 1882, Caloni da la cifra de 285 mocovíes.

**Gráfico 1.** Población mocoví de la frontera norte santafesina y reducción de San Javier, 1864-1882.  
(Elaborado en base a los datos de Caloni, 1884, y Alemán, 1997)



**Gráfico 2.** Población de la reducción Nuestra Señora de los Dolores, 1871-1882.  
(Elaborado en base a los datos de Dalla Corte, 2012, y Caloni, 1884)



Tenemos para la población total reducida mocoví del norte de la frontera santafesina, un crecimiento del 22% y para la población de San Javier, del 25% para el período que va desde 1864 a 1882. Una población con baja tasa de crecimiento que puede encontrar en ésta, y otras epidemias padecidas, uno de los motivos para su explicación. Más aún, si tenemos en cuenta que el aumento de la población reducida se debe en cierta medida, a la constante incorporación de grupos “montaraces”. A pesar de los abandonos, o los traslados de una reducción a otra, que también se producían, la tendencia general llevó hacia finales de siglo, a la casi totalidad de los mocovíes, incluidos los “montaraces”, a quedar circunscriptos en las reducciones.

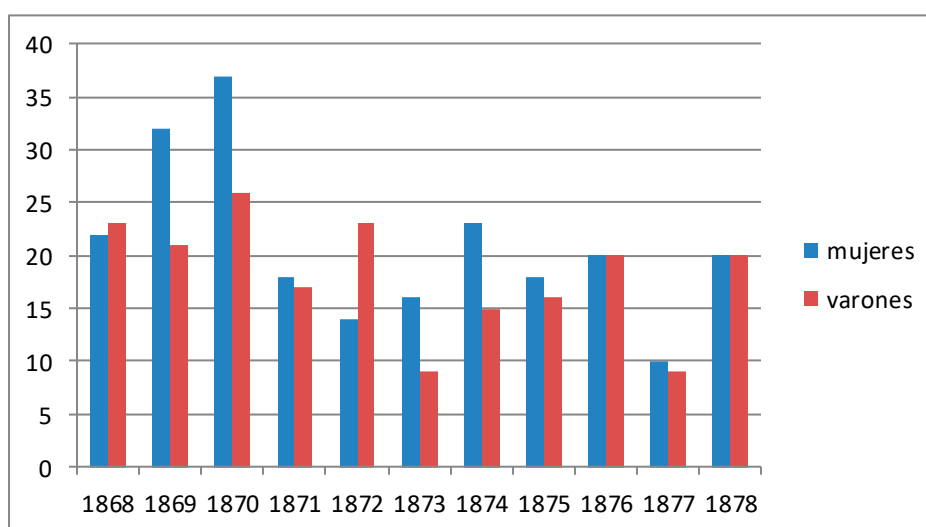
En el caso de Dolores (gráfico 2), vemos una importante disminución desde los años 70, que continúa acelerando esta tendencia abruptamente para la década del 80 del s. XIX. Podría decirse que la epidemia de 1873 es un punto de inflexión a partir del cual la población declina y no se recupera a casi una década después.

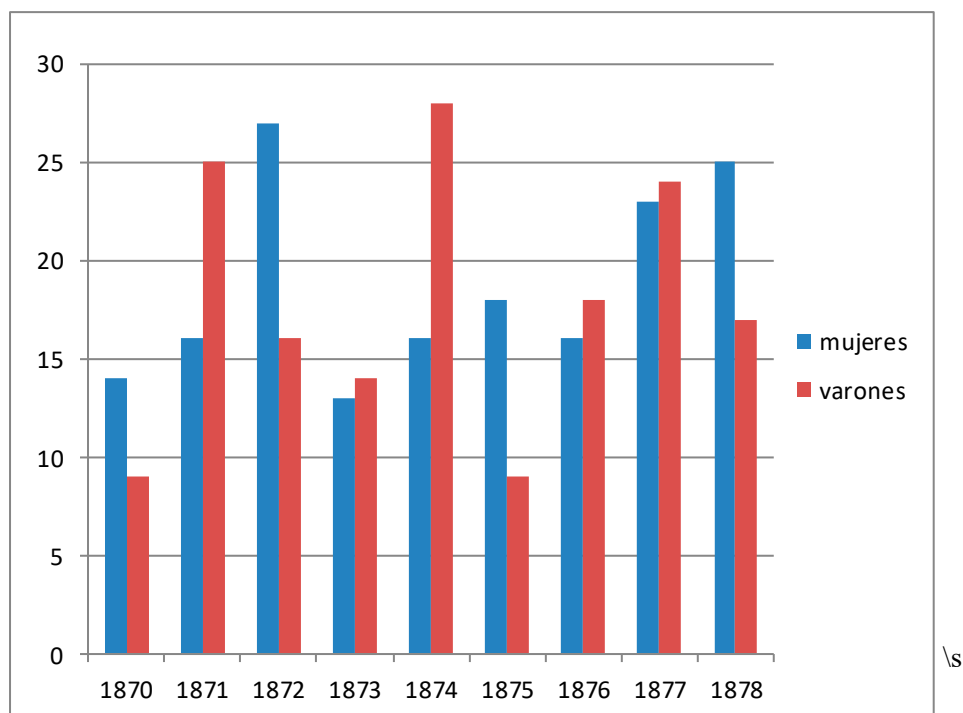
<b>San Javier 1864</b>			<b>Dolores 1876</b>		
	varones	mujeres		varones	mujeres
casados	72	72	Casados	104	104
viudos	2	3	solteros	46	93
solteros	120	130	niños	29	24
párvulas	122	82	párvulos	73	61
<b>totales</b>	<b>316</b>	<b>287</b>	<b>totales</b>	<b>252</b>	<b>282</b>

Atendiendo a la distribución por sexo y edad en los años para los que poseemos esa información (1864 San Javier; 1876 Dolores: cuadro nº 1) en ambas reducciones se ve un mayor porcentaje de mujeres jóvenes “solteras” en edad fértil, y un predominio de varones entre los niños. El descenso del porcentaje de varones adultos jóvenes podría explicarse por la permanente participación en las luchas de la época, dado que muchos mocovíes reducidos pasaban a revistar en compañías de lanceros auxiliares de las fuerzas militares de la frontera; tanto como por la migración temporal o definitiva a otras reducciones.

Los libros de bautismos brindan información sobre los nacimientos producidos en las reducciones y al registrarse la edad de quienes lo reciben, se pueden computar la cantidad de nacimientos por año (incluso por mes). En general se bautizan en los primeros días o el primer mes de nacidos. El bautismo de “montaraces” de edad avanzada comprueba la incorporación de tanto en tanto de grupos que provienen del norte de la frontera. Así, aunque no se bautizaran todos, puede hacerse una estimación de los nacimientos en cada reducción. Hemos revisado bautismos y asignados nacimientos por año según señalamos durante un periodo de 11 años para San Javier y de 9 años para Dolores, obteniendo los siguientes resultados:

**Gráfico 3.** Nacimientos de mocovíes en la reducción de San Javier 1868 -1878.



**Gráfico 4.** Nacimientos de mocovíes en la reducción de Dolores, 1870-1878.

En ambas reducciones se observa cierta regularidad en el número de nacidos vivos por año, excepto en 1873 (año de la epidemia), en 1875 (Dolores) y en 1877 (San Javier). También se ve, en general, mayor número de mujeres nacidas vivas.

Para el año de la epidemia analizada, notamos la diferencia entre mayor cantidad de nacimientos femeninos en San Javier, sucediendo lo contrario en Dolores, pudiendo haber actuado esto como un factor que dificultó en ésta reducción la recuperación de la población en los años posteriores a la misma.

La tasa bruta de nacimiento para 1873 en Dolores es de 46 x mil, mientras que si establecemos un promedio entre el total de población de los años censados 1864 -1877, para San Javier, contamos con una tasa bruta de nacimientos de 39 x mil.

### El Impacto de la epidemia de 1873

Dalla Corte hace referencia a la epidemia de viruela padecida por la población de Dolores a mediados de 1873. A pesar de que realiza un exhaustivo trabajo sobre esa población, y cita gran cantidad de documentos producidos por los franciscanos, no ahonda en este aspecto, ni cita referencia alguna de los curas al mismo. Tampoco aclara de dónde obtiene la cifra de 250 muertos por viruela. (Dalla Corte, 2012, p. 91)

Aunque la cifra de víctimas mortales de la enfermedad que obtenemos nosotros a partir de las actas de defunción de la reducción es menor que la que da Dalla Corte, continúa siendo muy alta, teniendo en cuenta el total de habitantes de la misma en ese momento. Así mismo, las cifras de muertos de ambas reducciones indígenas son altísimas comparadas con las observadas en poblaciones de “blancos” durante la misma epidemia. Oggier y Jullier en su historia de San Jerónimo Norte, dedican un capítulo a las epidemias de viruela y cólera que afectaron a esa y otras colonias de inmigrantes europeos en la segunda mitad del s. XIX y nos ofrecen la posibilidad de realizar algunas comparaciones (Oggier-Jullier, 1984, p. 295).

En 1859 y 1869 dos epidemias de viruela afectaron a la recién fundada, por inmigrantes europeos, colonia de Esperanza, no produciendo casos fatales pese a que se notifican contagios. Podemos constatar en este caso el efecto de la epidemia de 1869 en la reducción de abipones del Sauce, a pocos km. de Esperanza; donde, entre el 8 de agosto y el 24 de marzo de 1869 produce la muerte de 11 indígenas (Oggier-Jullier, 1984). Por su parte, la epidemia de viruela de 1873 alcanza a las colonias de inmigrantes europeos, en diciembre de ese año, extendiéndose hasta marzo de 1874, según el inspector de Colonias (Oggier-Jullier, 1984)

La Carta Anua de los jesuitas, en la parte correspondiente al Colegio de la Inmaculada, relata cómo en el año 1873 la «*pustularum laba, vulgarmente llamada viruela*» *asoló con tal intensidad la zona de Santa Fe que casi ninguna casa de la ciudad quedó libre del contagio*. (Oggier-Jullier, 1984, p. 299) Sin embargo, no se habla de víctimas fatales.

Como veremos, el inicio de la epidemia en la provincia es anterior a la fecha mencionada por el inspector de las colonias agrícolas de inmigrantes europeos y golpea más duramente a las reducciones indígenas que también se encontraban dentro del territorio provincial.

Si tomamos nuevamente los efectos producidos por la misma epidemia en una población de inmigrantes europeos como San Jerónimo Norte, y una reducción indígena muy cercana como el Sauce, hallamos contrastes:

En la primera el número de muertos entre enero de 1874 y agosto del mismo año ascendió a 11 (Oggier-Jullier, 1984) mientras en el Sauce fallecen entre el 20 de marzo de 1873 y el 8 de mayo de 1874, 43 personas, indígenas en su mayoría y algunos criollos<sup>3</sup>. Si tenemos en cuenta que la población censada en San Jerónimo Norte para 1864 era de 485 habitantes y que estaba en crecimiento permanente en esa época, por la llegada de nuevos inmigrantes (al año siguiente se contabilizan 150 familias) (Oggier-Jullier, 1984, p. 132) mientras que las familias censadas en Sauce en una relación de diciembre de 1871 arrojaban la cifra de 379 personas entre indígenas y criollos (A. de G. T, 38, 1872-73, F. 172. AGPSF), el contraste en lo que hace a víctimas fatales se sugiere con mayor claridad.

También puede vislumbrarse un impacto diferente de la enfermedad respecto de la población “criolla”, es decir descendientes de europeos. En Santa Rosa de Calchines, donde los indígenas vivían cercanos a los criollos encontramos entre el 31 de octubre de 1872 y el 5 de junio de 1873, 8 víctimas fatales que figuran en las actas como “argentinos”; luego de 9 meses parece haber un rebrote y entre el 16 de abril de 1874 y el 18 de diciembre de ese año se registra el fallecimiento por viruela de 6 “argentinos”; 13 personas de las que no se especifica su origen étnico; y 27 “indígenas”, superando estos la suma de los otros dos grupos. La distribución de la población desde el punto de vista étnico, en esa localidad a mediados de la década anterior era de 502 “criollos” y 320 “indígenas” (Dalla Corte, 2012, p. 54) manteniéndose siempre la preponderancia criolla.

El salto en la magnitud que adquirió la epidemia y el contraste, si comparamos con la reducción de San Javier es muy grande, ya que entre el 15 de junio y el 13 de septiembre de 1873 (tres meses) contamos 117 muertos por viruela<sup>4</sup>; cifra que casi se duplica en Nuestra Señora de los Dolores, donde entre el 27 de abril y el 26 de septiembre de 1873 (5 meses) fallecen 215 personas a causa de esta epidemia<sup>5</sup>. Para San Javier, con una población promedio estimada en 640 habitantes, la tasa de mortalidad específica por viruela fue de 182 por mil, mientras que para Dolores fue de 366 por mil, sobre una población de 587 personas.

La viruela revestía carácter endémico en el Río de la Plata. Di Liscia señala que el incremento demográfico junto a la acelerada urbanización con sus efectos sociales implicados, y la imposibilidad de vacunar a todos (a mediados de siglo la profilaxis distaba de ser universal en el país, no sólo por la disponibilidad de las vacunas y

3 iii “Argentina, Santa Fe, registros parroquiales, 1634-1975,” (<https://familysearch.org/pal:/MM9.3.1/TH-1-159384-671557-81?cc=1974196>: 19 May 2014), *San Martín Norte. Nuestra Señora de los Dolores. Bautismos 1870-1890*. image 1 of 205; parroquias Católicas, Santa Fe. Y en: “Argentina, Santa Fe, registros parroquiales, 1634-1975,” (<https://familysearch.org/pal:/MM9.3.1/TH-267-12666-52814-57?cc=1974196>: 19 May 2014), *San Javier. San Francisco Javier. Bautismos 1856-1881*. image 1 of 228; parroquias Católicas, Santa Fe

Libro de Defunciones de San Jerónimo del Sauce. Archivo parroquial de la Iglesia de San Jerónimo Norte.

V “Argentina, Santa Fe, registros parroquiales, 1634-1975,” (<https://familysearch.org/pal:/MM9.3.1/TH-1-159384-653649-48?cc=1974196>: 19 May 2014), *Santa Rosa de Calchines. Santa Rosa de Lima. Defunciones 1861-1874*. image 1 of 73; parroquias Católicas, Santa Fe.

4 “Argentina, Santa Fe, registros parroquiales, 1634-1975,” (<https://familysearch.org/pal:/MM9.3.1/TH-1-159384-41253-72?cc=1974196>: 19 May 2014), *San Javier. San Francisco Javier. Defunciones 1856-1889*. image 1 of 176; parroquias Católicas, Santa Fe.

5 “Argentina, Santa Fe, registros parroquiales, 1634-1975,” (<https://familysearch.org/pal:/MM9.3.1/TH-1-159384-671923-81?cc=1974196>: 19 May 2014), *San Martín Norte. Nuestra Señora de los Dolores. Defunciones 1870-1877*. image 1 of 55; parroquias Católicas, Santa Fe



de personal idóneo para aplicarlas, sino también por las resistencias de la población) hicieron que aumentaran las víctimas de la enfermedad en la segunda mitad del siglo XIX (Di Liscia, 2011).

Con nuestras observaciones de las poblaciones reducidas en el norte santafesino, podemos fundamentar el acuerdo, acerca de que los mayores estragos se producían en las sociedades indígenas de las áreas fronterizas.

### **Arribo y desarrollo de la epidemia**

En las reducciones que analizamos, la epidemia se presenta primero en Dolores, donde el 27 de abril de 1873, se registra la defunción por viruela de Liboria Meay, niña de cuatro meses. Es también la reducción en la que más dura la epidemia ya que su última víctima, Petrona Echavarria se registra el 26 de septiembre de 1873.

En San Javier, en tanto, la primera muerte por viruela anotada en las actas por el cura Ermete Constanzi, es la del niño Juan Basquez, de siete años, el 15 de junio de 1873. La última indígena fallecida en esta reducción a causa de la viruela es Natividad Aconiti, de 7 días, el 13 de septiembre de 1873; y la última víctima aquí fue la “criolla” Fortunata Escobar, de tres años, que vivía entre los indígenas, el día 14 de septiembre.

El registro de las fechas en las actas nos permite sugerir un posible recorrido del contagio en la región del centro norte santafesino y entre la población indígena en particular.

Di Liscia cita un relato sobre la dispersión de la epidemia de 1871 desde los pueblos del norte de la provincia de Buenos Aires hasta Rosario a través de la ribera paranaense (Di Liscia, 2011) Aunque la epidemia se abate sobre la ciudad de Santa Fe en 1873, vemos que desde fines de 1872 la viruela afecta a la población criolla de la localidad costera de Santa Rosa de Calchines, al norte de la ciudad. En las reducciones indígenas aparece primero en el Sauce, a unos 40 km al oeste de la capital, el 20 de marzo de 1873; entrando al mes siguiente en Dolores y a los dos meses en San Javier. Las colonias de inmigrantes europeos solo serán alcanzadas a fines de ese año.

Ya aludimos al intercambio y tránsito habitual de personas entre una reducción y otra, tanto como entre estas y los montes. A pesar de las crecientes dificultades que presentaba esta circulación, debido al aumento de la presión y controles desde el Estado, las visitas entre parientes seguían filtrándose. A eso hay que sumar la movilización de tropas ya que los indígenas, especialmente los de la reducción del Sauce, prestaban servicios como lanceros en las fuerzas militares de la frontera norte (Molina-Green, 2015, a). No pocas veces podemos encontrar indígenas del Sauce en Santa Rosa de Calchines o en la franja fronteriza donde se ubicaban, más aisladas, las reducciones que estudiamos en este trabajo.

Una de las fuentes en que podemos observar estos intercambios de población o visitas, precisamente, son las actas parroquiales, en este caso los libros de defunciones que examinamos. Así podemos encontrar en los registros de la reducción de San Javier, asentada la muerte por viruela de indígenas que provienen de Dolores. El 28 de junio de 1873 se asienta a Dolores Caneten, de 40 años; el 17 de julio a Ascensio Teoket de 50 años; el 29 de julio a Máximo Morcoña de 30 años, etc. todos oriundos de Nuestra Señora de los Dolores. No sabemos si enfermaron en San Javier, o cuánto tiempo hacia que se encontraban allí, pero muestra esto el paso habitual de indígenas de Dolores (donde primero se manifestó la epidemia) a San Javier.

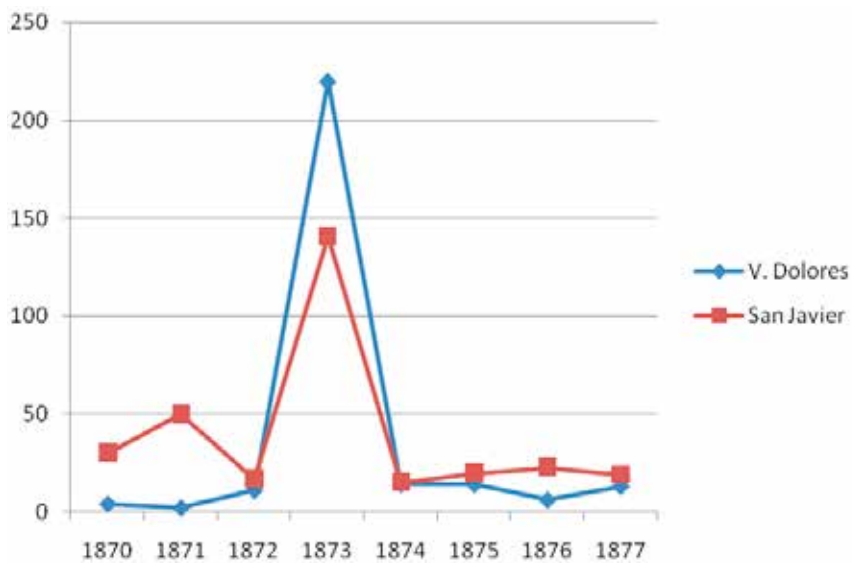
En base a esto, y al momento de la aparición de la epidemia en ambas reducciones podríamos sugerir que el contagio pudo producirse en esa dirección. Es posible también que la viruela llegara a Dolores a través del Sauce (Mapa 1).



**Mapa 1.** Confeccionado en base a los datos obtenidos en Alemán, 1997; Oggier-Jullier, 1984; y Libros de Defunciones examinados.

Observando el gráfico n° 5 de defunciones en ambas reducciones en números absolutos, vemos el elevado aumento de los decesos registrados durante el desarrollo de la epidemia. Se trata de poblaciones con una baja mortalidad en general, donde la mayoría de las muertes son por causas naturales o enfermedades no determinadas claramente, y se registran casos de muertes violentas, ya sea por animales del monte o asesinados por colonos o militares.

**Gráfico 5.** Defunciones en San Javier y Dolores, 1870-1877, en números absolutos (Elaborado en base a Libros de Defunciones citados en notas vi y vii)



\s

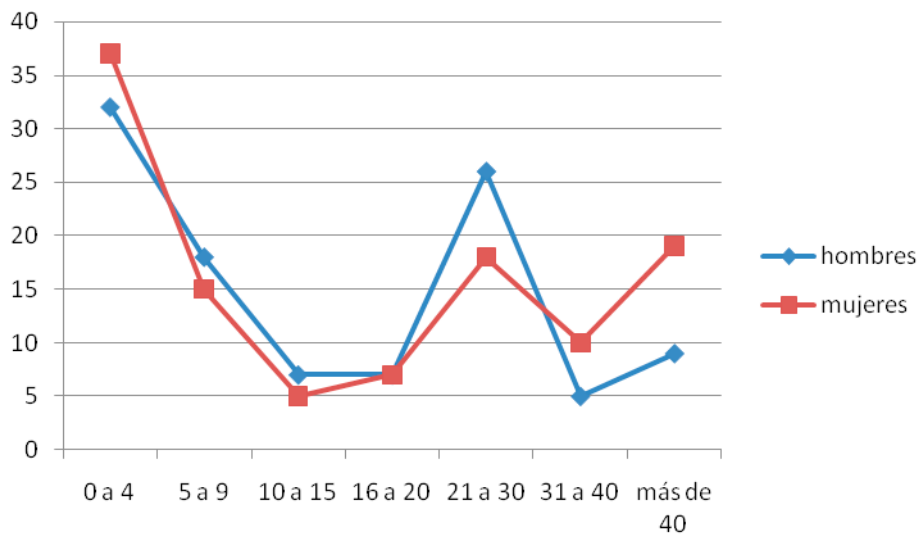
Para comparar el impacto real de la epidemia de 1873, en cada una de estas poblaciones, necesitamos calcular las tasas de mortalidad específica, la cuales resultan en 370 por mil para Dolores y para San Javier de 220 por mil.

En Nuestra Señora de los Dolores el mes más crítico de la epidemia es junio, con 131 víctimas, superando los decesos de todos los otros meses juntos que dura la viruela. En San Javier, es en julio la cifra más elevada con 53 víctimas, dándose en cuatro meses todos los casos, con un total de 117. Para el caso de Dolores del total de fallecimientos en el año 1873, el 94.55% se debió a muertes por viruela (de 220 muertes, 215 fueron por viruela). Para San Javier, el porcentaje de muertes por la epidemia fue del 89% respecto del total de fallecidos en el año.

El análisis de la mortalidad por edad y sexo (gráficos 6 y 7) nos muestra que es altísima en los primeros momentos de vida, superando los 4 años desciende en forma rápida, volviéndose relativamente baja entre los 10 a 20 años. Luego, para ambas poblaciones, hay un pico que se eleva y para ambos sexos, si bien con sobremortalidad masculina, en la franja etaria de los 20 a los 30 años.

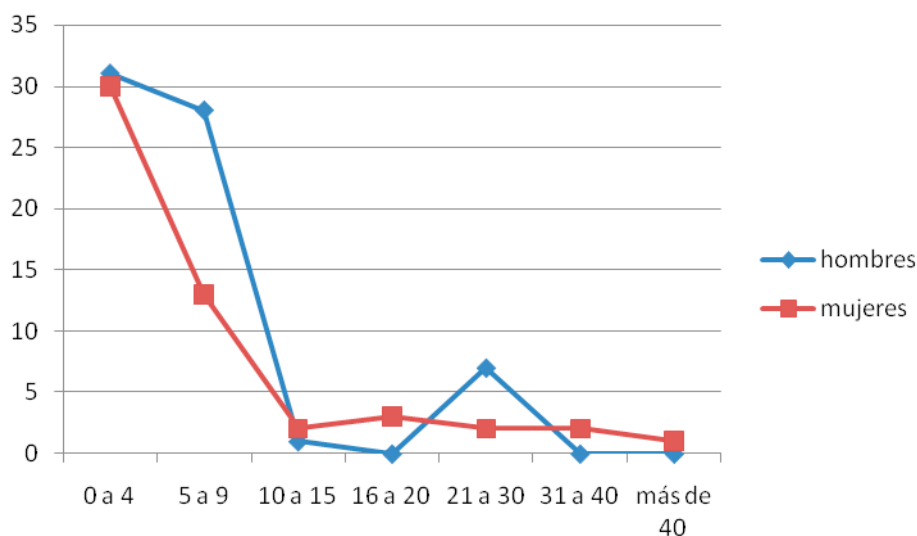
En San Javier los muertos de 0 a 10 años conforman el 85% del total con respecto al número de muertos por viruela de otras franjas etarias. En ambas reducciones es mayor el número total de varones fallecidos por viruela que el de mujeres. También aquí, el número de mujeres muertas en edad fértil es reducido si se compara con el de menores de 15 años, pero similar al de varones adultos. En Dolores, en cambio, el número de mujeres jóvenes en edad fértil que fallecen es menor al de varones de la misma franja excepto entre mayores de 31 años.

**Gráfico 6.** Defunciones por sexo y edad, Ntra. Sra. de los Dolores 1873  
(en base a Libro de Defunciones citado en nota vii)



\s

**Gráfico 7.** Defunciones por sexo y edad, San Javier 1873 (en base a Libro de Defunciones citado en nota vi)



\s

Si comparamos estos valores, con los números de muertes absolutas en los años inmediato anterior y posterior al año de la epidemia (cuadro 2), observamos que el grupo de mayor mortalidad es el de 0 a 4 años, y que son pocos los casos de muerte de mujeres en edad fértil, es decir que la gran cantidad de casos de muerte para este grupo etario femenino se puede relacionar con una característica de esta epidemia, la cual habría afectado en primer lugar a los recién nacidos y menores de 4 años, y en segundo lugar a los hombres y mujeres en edad reproductiva. Quizás en el caso de los hombres, la sobremortalidad se explicaría por los comunes traslados y migraciones y en el caso de las mujeres por efecto de la mortalidad materna.

**Cuadro 2.** Fallecidos por sexo y edad en 1872 y 1874. (Fuente: Libros de Defunciones citados)

1872								
Dolores	0 a 4	5 a 9	10 a 15	16 a 20	21 a 30	31 a 40	màs de 40	total x sexo
hombres	5	0	1	0	0	1	4	11
mujeres	0	0	0	0	0	0	0	0
San Javier								
0 a 4	5 a 9	10 a 15	16 a 20	21 a 30	31 a 40	màs de 40	total x sexo	
hombres	8	0	0	0	1	0	1	10
mujeres	3	1	0	0	0	0	3	7
1874								
Dolores	0 a 4	5 a 9	10 a 15	16 a 20	21 a 30	31 a 40	màs de 40	total x sexo
hombres	4	0	0	0	1	2	1	8
mujeres	4	1	0	1	0	0	0	6
San Javier								
0 a 4	5 a 9	10 a 15	16 a 20	21 a 30	31 a 40	màs de 40	total x sexo	
hombres	1	0	0	0	0	2	4	7
mujeres	4	1	0	0	2	1	0	8

### Factores que inciden en la magnitud de la epidemia

Existe consenso, señalamos, y también lo había entre los observadores de la época, respecto de la mayor virulencia que la viruela revestía en las poblaciones indígenas fronterizas. Pergola cita una nota del Telégrafo Mercantil de 1801 donde se menciona la alta mortalidad (80% de los infectados) entre pampas y charrúas (Pergola,

2013). Los estudios de Di Liscia lo demuestran para el caso de los indígenas pampeanos, en la misma época de la epidemia que analizamos (Di Liscia, 2000). Es posible que algunos de esos grupos, dadas las extensiones de las áreas patagónica y chaqueña mantuvieran, aun a fines del siglo XIX cierto grado de aislamiento respecto de los “occidentales”. Sin embargo, la viruela no era en 1873 extraña para los mocovíes de las reducciones de San Javier y Dolores; tanto en éstas, como en los montes del Chaco los indígenas sufrían epidemias de tanto en tanto. No podemos considerar a los mocovíes como poblaciones vírgenes, en la medida en que su contacto inicial con los europeos databa del s. XVI, y se había mantenido, por vías pacíficas o violentas, con cierta regularidad. Las permanentes “entradas” de los ejércitos coloniales al Chaco, no sólo llevaron las matanzas producidas por las armas de fuego; como en toda América, los europeos avanzaron acompañados por enfermedades epidémicas, la viruela entre ellas. Kersten señala epidemias en Chaco para 1590, 1591, 1616 y 1718 (Kersten, 1968, p. 53); para la reducción de San Javier en particular se señalan epidemias en 1745, 1759 y 1760 (Rosso, 2011, p. 7).

Aunque estamos lejos de un registro exhaustivo de las epidemias de viruela, y en general, difundidas en el territorio chaqueño durante los 4 siglos que duró la conquista (XVI-XIX), existen abundantes testimonios de sus efectos sobre las poblaciones indígenas (Vellard, 1953-55, p. 88) (Kersten, 1968) (Rosso, 2011) (Page, 2012, p. 136).

El asentamiento de muchos mocovíes en reducciones, a partir del siglo XVIII, produjo un mejor caldo de cultivo para la viruela. La reducción, como ya señalamos, implicaba cambios respecto de los patrones de asentamiento. Mayor aglomeración de personas, familias y grupos que en los montes pasaban dispersos gran parte del año, pasan a convivir de manera permanente (más allá de los abandonos) en un punto, potenciando el contagio de las epidemias. Además, la participación en actividades comunes; sumando a las tradicionales, las ceremonias cristianas como misas, bautismos, procesiones, etc.

Pero la aglomeración por sí misma no explicaría la dureza que reviste la enfermedad entre los indígenas, puesto que en los poblados de origen europeo siempre encontramos aglomeraciones mayores. Tendría más que ver con las condiciones de vida en las mismas.

Al avanzar el s. XIX, en efecto, los mocovíes se encuentran cada vez más circunscriptos en los terrenos destinados a las reducciones, en la medida en que las tierras aledañas van siendo privatizadas y pobladas por “blancos”. El aumento de la presión estatal sobre estas poblaciones en la segunda mitad del siglo, en particular los controles para evitar que los mocovíes abandonaran o salieran de los espacios asignados, no sólo produjo un verdadero confinamiento propicio para que las epidemias, una vez desatadas, revistieran efectos catastróficos, sino una reducción de su calidad de vida y alimentación, por ende de sus condiciones sanitarias; al imposibilitar cada vez más las tradicionales actividades de caza y recolección, haciéndolos dependientes de las raciones del estado, (carne de yeguas, yerba, azúcar y tabaco; es decir de una dieta pobre) que no recibían regularmente. En un documento de 1870, citado por Dalla Corte sobre las reducciones en general se dice “...respecto de los indios de dichas poblaciones aunque el Gobierno les pasa alguna ración de carne, están extremadamente pobres de (que) no tienen ni para vestir ni para comer con regularidad” (Dalla Corte, 2012, p. 85)

Todo indica, por otro lado, según veremos, que este confinamiento impuesto por el estado, no fue acompañado de las medidas profilácticas cuya efectividad era reconocida en la época y comenzaban a implementarse de manera más sistemática en otros ámbitos.

### **Las reacciones frente a la epidemia. Los curas y el estado**

A mediados del s. XIX, la viruela continuaba siendo la más letal de las pestes que afectaban a la región (Oggier-Jullier, 1984, pp 296-297). Sin embargo, la población de origen europeo presentaba una mayor resistencia a la misma, quizás porque la variedad que la afectaba era la más benigna. Los siglos de aislamiento y la falta de inmunidad, sumado al confinamiento y la reducción de la calidad de vida, por el contrario, hacían de los indígenas “tierra fértil” para la enfermedad.

Por otro lado, a pesar de la irregular aplicación de los desarrollos de la medicina en aquella época en la provincia de Santa Fe (Oggier-Jullier, 1984) (Ropolo, 2005) la vacuna antivariólica no resultaba extraña. En ocasión de la epidemia de 1859, se inmunizó a “la mayor parte de la ciudad...” de Santa Fe (Oggier-Jullier, 1984, p. 301), pero ya desde 1805 había sido introducida la vacuna en la provincia.

En el país se la había aplicado en ciertas oportunidades, aunque los intentos por extender la vacunación de manera uniforme no tuvieron éxito hasta fines de siglo (Di Liscia, 2000). En parte, esto se debió a las resistencias de la población, ya que los sectores populares y la iglesia se mostraban renuentes particularmente (Di Liscia, 2011).

En Santa Fe, el testimonio de Lina Beck Bernard, aguda observadora que residió en la provincia entre 1857 y 1862 muestra ese rechazo:

*“¡Pero caramba! —dicen los criollos, cuando se les habla de vacunarse— ¡cómo vamos a creer que esa raspadura preserve de la viruela! ¡Nos toman por zonzos! —Con tales razonamientos se niegan a vacunarse y la viruela sigue haciendo víctimas, sobre todo en el campo”. (Beck Bernard, 1991, p. 53)*

Di Liscia cita el testimonio del médico Lucio Melendez al respecto (Di Liscia, 2011); desconfianza, dudas, fatalismo y las creencias religiosas obstaculizaron el avance de la prevención en la población de origen europeo. La interiorización de la importancia de esta se abriría paso lentamente en la población. Las colonias de inmigrantes europeos en el centro norte santafesino eran los puntos de mayor desarrollo económico y modernización y para la década del 70, algunas cuentan con médicos y se evidencian medidas de aislamiento e intentos de vacunación para fines de siglo (Oggier-Jullier, 1984). También en las poblaciones criollas, incluso la predisposición a recibir la vacunación y el accionar del gobierno en algunos puntos, como Santa Rosa de Calchines, donde en enero de 1873, el Juez de Paz escribe al ministro general de gobierno:

*“Me cabe la satisfacción de acusar recibo de la nota de ese Ministerio de Fha 17 del mismo, por la que se instruye que ha sido nombrado por Exmo Gobno. Comisionado para administrar la vacuna en este Departamento, el practicante de medisina Dn Laurentino Z. Candioti. Este vesindario ha quedado indeciblemente reconocido por la valiosa protección de V E. el Señor Gobernador librando este Departamento de la Orible enfermedad de viruelas- habiendo sido vacunados 74 niños de ambos sexos” (A. de G. T, 38, 1872-73, F. 121. AGPSF)*

En esta localidad había una reducción mocoví y no hay constancia de que fuera alcanzada por esta campaña de vacunación, lo que nos permite realizar algunas conjeturas. Si tenemos en cuenta que el rebrote de la epidemia en el lugar, un año después de estas vacunaciones, no afectó prácticamente a los “argentinos”, y sí a los indígenas, podemos pensar que estos fueron excluidos de las mismas; ya fuera por desinterés del Estado o por su propia resistencia. A la desconfianza general sobre los efectos de la vacuna podría sumarse en este caso, la desconfianza hacia los “blancos”.

Hay relatos sobre los intentos de Juan Manuel de Rosas por vacunar a grupos indígenas “amigos” de la frontera sur de Buenos Aires, señalando que él mismo se hizo vacunar delante de los caciques en una ocasión, para generarles confianza. En otras recurrió al chantaje, reteniendo la entrega de “suministros” para esos grupos (Pergola, 2013) (Mendez Elizalde, 2011).

En la segunda mitad del siglo XIX, el misionero Constancio Ferrero que recorría los campamentos mocovíes “montaraces” del norte de la frontera santafesina escribía:

*“Hay entre los indios unos supuestos sacerdotes y adivinos llamados brujos, que no observan ninguna forma de culto. La función principal de los brujos consiste en presagiar el resultado, malo o bueno, de las expediciones. Los brujos son también, por lo general, médicos y cirujanos. Curan a los enfermos entonando unos cantos cabalísticos, o bien aplicándoles su propia saliva sobre las heridas, o sangrándolos con una aleta de pescado, y no en la arteria, sino en la parte donde el enfermo experimenta los dolores. Nunca estos famosos médicos toman el pulso al enfermo ni le preguntan nada sobre el origen de su enfermedad, porque los Hipócrates del Desierto, pretenden saberlo todo y practican sin otros requilorios sus curaciones” (Busaniche, 1986, p. 148)*

Más allá del desdén con que el misionero comunica lo poco que ha visto o creído entender de la medicina tradicional mocoví, el fragmento nos muestra la vigencia de ésta entre los llamados “montaraces”. Sin embargo, el shamanismo y el uso de plantas medicinales retrocedían gradualmente entre los indígenas reducidos en el norte santafesino; fuera por aceptación del cristianismo, o porque estando circunscriptos a las reducciones no

tenían fácil acceso a plantas curativas del monte. Por otro lado, ya no era tan fácil la huída de la reducción y de la viruela (fuera de la reducción, los indígenas debían enfrentar la hostilidad de otros grupos y la persecución militar del Estado).

En la reducción del Sauce, está documentada la búsqueda y dependencia de médicos y medicina occidental; el 10 de marzo de 1862, Nicolás Denis, comandante indígena de la reducción pedía un médico para el teniente de lanceros José Ricardo Gómez e insistía en que le enviaran al doctor Enrique Palmarín, porque le tenían confianza y porque había ido muchas veces al Sauce, “*que lo hemos pedido a los Gobiernos anteriores*” (A. de G. T 23, 1862, F. 256 AGPSF). El documento nos muestra a la vez, la aceptación de las ventajas de la medicina del “blanco”, y las desconfianzas que había que vencer.

En las reducciones de San Javier y Dolores, sin embargo, los indígenas eran más numerosos y menos aculturados que los sauceños, en la medida en que había mayor número de “montaraces” recién reducidos; por lo que la resistencia a la imposición de medidas sanitarias pudo haber sido mayor.

Con respecto a otras medidas preventivas que eran conocidas en la época, como aislamientos, enterramiento de los cadáveres a mayor profundidad, suspensión de reuniones multitudinarias, etc.; si bien hay evidencias de la implementación de la cuarentena en las colonias de inmigrantes durante el s. XIX (Oggier-Jullier, 1984), según Rosso (Rosso, 2011) ésta no parece haberse practicado en las reducciones del Chaco durante el s. XVIII, y tampoco encontramos indicios de que se la aplicara en la década de 1870; por el contrario, en las actas se percibe la continuidad de los bautismos y matrimonios, ceremonias que implicaban la reunión de personas.

La postura que Di Liscia adjudica a la iglesia en general, pudo obstaculizar la implementación de medidas en estas reducciones y promover la resignación entre los mocovíes. En Dolores encontramos bautismos de “montaraces” adultos enfermos ¿buscarían, instigados por los curas, el bautismo ante la inminencia de la muerte? ¿Sería esto lo único que los misioneros podían o estaban dispuestos a hacer frente a la epidemia?

Los casos analizados de la frontera norte santafesina, se enmarcan en un proceso de exterminio de la población originaria, a partir de campañas militares y de arrinconamiento de los indígenas que se someten en las reducciones. Frente a la catastrófica mortalidad que provocara la epidemia de viruela del año 1873, la ausencia de medidas por parte del estado así como el silencio de los franciscanos; sumado a la administración diferencial de la vacunación como sugerimos para el caso de Santa Rosa de Calchines, nos llevan a acercarnos a lo propuesto por Di Liscia, respecto a que la negación de la misma a los indígenas en el caso de la frontera sur, constituyó una herramienta para “*asegurar su desaparición*” (Di Liscia, 2000, 2011).

## Conclusiones

Observamos un bajo crecimiento entre los mocovíes reducidos en la frontera norte santafesina, y en particular en las dos reducciones analizadas durante la segunda mitad del s. XIX, aun considerando la permanente incorporación de grupos “montaraces” a las reducciones, y la vinculamos a las epidemias padecidas por esas poblaciones, como la de viruela analizada.

El impacto catastrófico que ésta reviste, teniendo en cuenta la alta mortalidad, que afecta sobre todo a menores y recién nacidos, no solo se explica por la aglomeración de personas que implicaban las reducciones, sino también por el descenso en la calidad de vida que se verificaba en las mismas.

Por otro lado, la comparación con el desarrollo de la epidemia de viruela en poblaciones de inmigrantes europeos y criollos de la misma zona, no sólo nos ha revelado la magnitud de la padecida en las reducciones analizadas, sino que, al focalizar en el accionar de las autoridades, nos advierte de una política diferencial respecto de las medidas tomadas frente a la enfermedad, para los distintos tipos de asentamientos, según quiénes fueran sus pobladores.

## Bibliografía

- Alemán, Bernardo, 1997, *Santa Fe y sus aborígenes*, 2da parte, Junta Provincial de Estudios Históricos. Librería El Foro, Buenos Aires.
- Baida, Rosangela- Arguello Chamorro, Cândida Graciela, 2011, “*Doenças entre indígenas do brasil nos séculos XVI e XVII*” Revista História em Reflexão: Revista Electrónica de Historia, Vol. 5 n. 9, UFGD, Dourados jan/jun 2011, pp

1-24

- Beck Bernard, Lina, 1991, *Cinco años en la confederación Argentina 1857-1862* Imprenta Legislativa, Santa Fe.
- Busaniche, José Luis, 1986, *Estampas del pasado*, T V, Biblioteca Arg. De Historia y Política, Hyspamérica, Buenos Aires.
- Caloni, Vicente, 1884, *Apuntes históricos sobre la fundación del colegio de San Carlos y sus Misiones en la Provincia de Santa Fe*, Imprenta y Librería de Mayo, Bs. As.
- Colombres, Adolfo, 1976, *La colonización cultural de la América Indígena* ED. del Sol. Buenos Aires.
- Cordero del Campillo, M, 2001, “*Las grandes epidemias en la América colonial*” Archivos de zootecnia, vol. 50, nº 192, pp 597-612
- Dalla-Corte Caballero, Gabriela, 2012, *Mocovíes, franciscanos y colonos de la zona chaqueña de Santa Fe (1850-2011)*, Prohistoria ediciones, Rosario.
- Diomedi, Alexis, 2003, “*La guerra biológica en la conquista del nuevo mundo. Una revisión histórica y sistemática de la literatura*” Rev Chil Infect; 20 (1): pp 19-25
- Di Liscia, Maria Silvia, 2000, “*Robar el paraíso: indios, viruela y bautismo en Argentina (1870-1884)*” Quinto Sol Revista de Historia Regional 4, pp 67-86.
- Di Liscia, Maria Silvia, 2011, “*Marcados en la piel: vacunación y viruela en Argentina (1870-1910)*” Ciência & Saúde coletiva, vol.16 no.2, Rio de Janeiro, obtenido en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000200005)
- García Chicano, Vicenta, 2009, “*Epidemias y arcabuces en el encuentro de dos mundos*”, Medicina y Humanidades. Revista de Medicina, Bioética y Filosofía, nº 1, [http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n12009/12\\_Filosofia.pdf](http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n12009/12_Filosofia.pdf)
- Gómez L, Augusto, 1998, “*Amazonia colombiana: contacto-contagio y catástrofe demográfica Indígena*” MAGUARE 13, pp 143-163
- Jackson, Robert, 2014, “*Comprendiendo los efectos de las enfermedades del Viejo Mundo en los nativos americanos: la viruela en las Misiones Jesuíticas de Paraguay*”. IHS. Antiguos jesuitas en Iberoamérica, vol. 2 nº 2, pp 88-133.
- Kersten, Ludwig, 1968, *Las tribus indígenas del Gran Chaco hasta fines del siglo XVIII*, Universidad Nacional del Nordeste, Resistencia.
- Livi Bacci, Massimo, 2003, “*Las múltiples causas de la catástrofe: consideraciones teóricas y empíricas*” Revista de Indias, vol. LXIII, núm. 227, pp 31-48
- Marioni Berra, Alcira, 2005, “*Variables en el proceso poblacional de coronada. etapas de crecimiento demográfico y de despoblación*”, Congreso argentino de inmigración. IV Congreso de Historia de los pueblos de la provincia de Santa Fe. Asociación Amigos del Archivo General de la Provincia. Esperanza.
- Martínez Sarasola, Carlos, 2005, *Nuestros paisanos los indios*, Emecé editores, Buenos Aires.
- Méndez Elizalde, Enrique, 2011, “*Viruela. Llegada y partida de la Argentina*” Rev. argent. radiol. vol.75, nº 3 Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Obtenido en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-99922011000300008](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922011000300008)
- Molina, Gabriela- Green, Aldo, 2015 (a), “*La incorporación de contingentes indígenas en las fuerzas militares de la sociedad criolla, en la frontera norte santafesina durante el s. XIX*”, VI Congreso Regional de Historia e Historiografía. UNL. FHUC
- MOLINA, GABRIELA - GREEN, ALDO, 2015 (B), “*DEL DESPOJO MILITAR AL DESPOJO LEGAL DEL TERRITORIO: LA MARGINACIÓN DE LA PROPIEDAD DE LA TIERRA DE LOS MOCOVÍES DEL NORTE SANTAFESINO EN EL S. XIX*”, VI CONGRESO REGIONAL DE HISTORIA E HISTORIOGRAFÍA. UNL. FHUC
- Morabia, Alfredo, 2013, “*Pasado, presente y futuro de la epidemiología. Una perspectiva latinoamericana*” Rev. salud pública. 15 (5) pp 719-730
- Nesis, F, 2005, *Los grupos mocoví en el siglo XVIII*, Sociedad Argentina de Antropología, Buenos Aires.
- Oggier, Gabriel- Jullier, Emilio, 1984, *Historia de San Jerónimo norte*, T. I, editorial Apis, Rosario.
- Page, Carlos, 2012, *Las otras reducciones jesuíticas*, Editorial Académica Española, Alemania.
- Paucke, Florián, 1942, *Hacia allá y para acá. Una estada entre los indios mocovíes*, U. N. de Tucumán
- Pérgola, Federico, 2013 “*Las epidemias en la argentina*” Adecra+Cedim. Medicina:su historia Año 16
- Ribeiro, Darcy, 1973, *Fronteras Indígenas de la civilización*, Siglo Veintiuno Editores S.A. México
- Ropolo, Rubén, 2005, “*Crónicas de la medicina en Santa Fe. Reseña del cuidado de la salud de los primeros pobladores de la región centro oeste de la provincia de Santa Fe. Años 1660 a 1940*”, Congreso argentino de inmigración. IV Congreso de Historia de los pueblos de la provincia de Santa Fe. Asociación Amigos del Archivo General de la Provincia. Esperanza.
- Rosales Jiménez, José, 2010, “*La mayor catástrofe demográfica de la historia*” Anales Médicos, Vol. 55, Nº. 4, pp. 217-223
- Rosso, Cintia Natalia, 2011, “*Epidemias de viruela en las reducciones chaqueñas de abipones y mocovíes durante siglo XVIII*” eä, vol. 2, Nº 3. [www.ea-journal.com](http://www.ea-journal.com) pp 1-28



- Sánchez Téllez, Carmen- Guerra, Francisco, 1986, "*Pestes y remedios en la conquista de america*" *Estudios de Historia Social y Económica de América*. N° 2, pp. 51-58 Obtenido en:<http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/5723/Pestes.jsessionid=2380FC23576B57637BDE2CA662CD6ADD?sequence=1>
- Suarez, Teresa, 2003, "*Gentiles y reducidos. Modelos y conceptos usados en textos de fines del s. XVIII para categorizar las unidades familiares de indígenas chaqueños*", IX Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia.
- Vellard, Jehan, 1953-55, "*Causas biológicas de la desaparición de los indios americanos*" BIRA. 11, pp 77-93

# La epidemia de influenza de 1918 en población urbana y rural de Veracruz: Xalapa y Coatepec

*Silvia María Méndez Maín*

En la historiografía de las epidemias de Veracruz del siglo XIX y principios del XX, ha sido mínima la atención que se ha prestado al comportamiento demográfico ante las epidemias y enfermedades que se presentaban en las zonas urbanas y rurales. Si bien, hay estudios sobre aspectos de salubridad y epidemias, como los trabajos de Cruz (1999), Ronzón (2004, 1998, 1997), González (2004), Lozano y Escamilla (2000) y Lozano (2003), todos ellos muy valiosos por lo que han aportado al conocimiento de las políticas de salud. Sin embargo, la temática no ha sido tratada desde el punto de vista de la metodología demográfica. Para la región de Xalapa, son pocos los trabajos que han tratado el tema de las epidemias desde diferentes perspectivas historiográficas (Florescano, 2011; Méndez, 2011) abordando fundamentalmente los siglos XVIII y XIX. En cuanto al siglo XX, prácticamente existe un vacío de estudios de esta índole; además, como lo mencionan Molina y Márquez, “se requieren análisis demográficos locales que cuantifiquen el impacto de la influenza durante los años del conflicto armado de México” (Molina y Márquez, 2010, 121). Por su parte Cuenya afirma que “el estudio de la pandemia (influenza) en el medio rural, adolece de trabajos sistemáticos y puntuales” (Cuenya, 2014, 1).

Existen diversos trabajos en los cuáles podemos ver el panorama de esta enfermedad, las posibles rutas de contagio y el comportamiento de la epidemia en general en el continente europeo, Estados Unidos y América Latina (Márquez, 2013; Murillo, 2011, Carbonetti, 2010). Para el caso de México también tenemos estudios que nos permiten ver un panorama de la presencia de la “dama española” en nuestro país, contamos con trabajos para la Ciudad de México (Márquez, 2010), Puebla (Cuenya, 2010), Sinaloa (Valdez, 2002), La Comarca Lagunera (Coahuila) (González, 2003) los estados fronterizos (Cano, 2013), Tlaxcala (Nezahualcoyotzi, 2003), Querétaro (Ulloa, 1919); pero para el estado de Veracruz no hemos localizado un estudio específico acerca de esta enfermedad en esa época.

Es por ello este trabajo se centrará en el estudio de la epidemia de influenza de 1918, en las localidades de Xalapa, capital del estado de Veracruz y Coatepec, zona cafetalera, cuyos pobladores se dedicaban a las actividades económicas terciarias y primarias respectivamente. En ambos espacios geográficos no se han abordado estudios específicos sobre la influenza de 1918 a partir de la metodología de la demografía histórica, por lo tanto, el objetivo de este trabajo es presentar el comportamiento demográfico de la epidemia de influenza de 1918, en las poblaciones de Xalapa y Coatepec a partir de la metodología histórica.

En un primer momento, se recurrió a información de los archivos parroquiales y de los del Registro Civil de 1918, sin embargo, no se encontraron en su respectivo repositorio los archivos sacramentales de entierros; por ello se consideró como fuente principal los consignados en los libros del Registro Civil de 1918 de Xalapa y Coatepec microfilmadas en Family Search<sup>1</sup>.

## **Antecedentes de la influenza de 1918.**

Los orígenes de esta pandemia datan de la antigüedad: “Hipócrates ya había realizado algunas anotaciones referentes a esta dolencia” (Cuenya, 2010: 145-158), su origen se remonta más atrás, a mediados del siglo XIV “el nombre de influenza fue acuñado en Florencia, Italia, durante una terrible peste ocurrida en 1357, en la que esta enfermedad fue atribuida a la “influenza perniciosa” de los astros (Lezzoni, 1999: 123). A partir del siglo XV, esta epidemia se diseminó, empezando por el continente europeo, para extenderse y convertirse

<sup>1</sup> México, Veracruz, Registro Civil, 1821-1949, images, FamilySearch. Recuperado de: <https://familysearch.org/pal:/MM9.3.1/TH-1951-23809-2760-70?cc=1922413&wc=MDNL-G68:216387601.21647660>. Estos registros se encuentran en muy buen estado y en su mayoría nos dan toda la información de los fallecidos, especificando la causa de muerte para casi todas las defunciones. Véase Blázquez Domínguez, C. y Méndez Maín, S. (2013). En: M.A. del Arco Blanco, A. Ortega Santos y M. Martínez Martín (2013: 7-46)

en una pandemia; en menos de cien años, hubo seis grandes pandemias: 1890, 1900, 1918, 1959, 1967 y 1977 (Márquez, 2010: 123). La pandemia de 1918 fue conocida con el nombre de la “influenza española” o “dama española”.

Al parecer, el hecho de que se le atribuyera el nombre de “influenza española” o “dama española” no se debía precisamente a que la enfermedad se hubiese originado en España; al respecto González relata que:

*España tuvo pocos casos antes de marzo, pero como el país fue neutral durante la guerra, la prensa española informó detalladamente sobre esta epidemia, especialmente luego de que el rey Alfonso XIII enfermara gravemente. Por lo mismo, también se la denominó “influenza española”, ya que durante la guerra los países beligerantes estaban bajo estricta censura militar y no podían informar sobre estos hechos, excepto España. De tal manera que las noticias sobre la epidemia aparecían sólo en diarios españoles, dando la impresión de ser el único país afectado por la enfermedad (González, 2003, 38-39).*

En términos generales, puede decirse que la sintomatología de la influenza –que no es motivo del presente documento– tiene brotes de carácter estacional, principalmente durante los meses fríos, y se deben al virus tipo “A” o tipo “B”. La forma de transmisión de este virus es por contacto personal, y su periodo de incubación abarca de uno a tres días (Valdez, 2002, 38-39).

La epidemia de 1918, como la mayoría de las patologías del siglo XVI al XIX entró por el puerto de Veracruz para diseminarse a lo largo y ancho del territorio nacional, no respetando ni ciudades ni pueblos, “la influenza española extendió su manto de muerte tanto en el medio rural como en el urbano” (Cuenya, 2010, 146).

Durante los inicios del siglo XX se estaba viviendo diversos acontecimientos como el fin de la Primera Guerra mundial, los cambios políticos que se daban en Estados Unidos y en Europa a raíz de esta guerra, la situación de la población mundial se agravó aún más con el desarrollo de la influenza y los países que no se vieron afectados por la guerra si se vieron afectados por este terrible mal, aunado a sus propios problemas políticos y socioeconómicos.

La situación en México no distaba mucho de la tragedia. También se manifestaban claramente coyunturas, que aunadas a la epidemia, dificultaron aún más la situación de adversidad, dado que:

*En la República Mexicana los años que precedieron a la influenza estuvieron marcados por enfrentamientos entre diversos grupos políticos regionales. A mediados de 1917 el país padecía las consecuencias de la guerra civil, destrucción de campos, ciudades, vías férreas, interrupción del comercio de las comunicaciones, fuga de capitales, epidemias y escasez de alimentos (Marquez, 2013, 253)*

Almada (1982) menciona que todo parece indicar que en la ciudad de México se detectaron los primeros casos de influenza en abril de 1918, en el cuartel de Zapadores y en la Escuela del Estado Mayor.

A lo largo de los meses la epidemia se fue dispersando, en México se tenía más información de la misma a través de la prensa ya que “desde finales de agosto, los periódicos nacionales anunciaron la aparición de una peligrosa epidemia que afectaba tanto el territorio europeo como a Estados Unidos, pero las autoridades federales y estatales no tomaron ninguna medida preventiva” (Cuenya, 2010,153).

Para el mes de octubre la prensa mexicana brindaba más noticias acerca de la situación de la epidemia. Fue *El Demócrata*, uno de los principales periódicos que informó a la población, en su edición del 6 de octubre, declaró que las autoridades sanitarias mexicanas no habían tomado las precauciones pertinentes. (Cano, 2013,278-287)

Imagen 1.



Fuente: *El Demócrata*, 4 de octubre, 1918. Tomo V, núm. 607. Hemeroteca Nacional.

## La influenza en Veracruz

La influenza llegó al estado de Veracruz. Se tuvieron noticias de que invadió prácticamente todo el territorio en el mes de septiembre, pero se desconocía el impacto real de la epidemia debido a la falta de comunicaciones de la época. La información con que se cuenta refiere que el mismo gobierno estatal únicamente contaba con información de algunos municipios tanto porque tenían acceso físico como político, como lo refiere el gobernador Tejeda en su informe,<sup>2</sup> también a través de la prensa nacional, se tienen noticias sobre la situación de Veracruz publicando el periódico *Excélsior* que:

*El Síndico municipal del puerto de Veracruz, con fecha 15 de enero de 1919, comunicó que la mortalidad de vecinos del lugar crecía día con día por neumonías fulminantes y que como ya son alarmantes los casos que se han dado, se permite poner en conocimiento de la población para que sean tomadas medidas adecuadas (Excélsior, 1919,4).*

2 EL gobernador Tejeda en su informe rendido manifiesta que, las difíciles comunicaciones con algunos municipios y por estar algunos substraídos a la acción del gobierno, sólo se pudieron concentrar datos de las siguientes regiones: de Jalacingo, Tlapacoyan, Atzalan, Tuxpan, Papantla, Gutiérrez Zamora, Huayacocotla, Texcatepec, Tampico Alto, Misantla, Tierra Blanca, Acayucan, San Jua Evangelista, Las Vigas, Tonayán, Chinameca, Boca del Río y Ozuluama. Municipios en que revistió graves caracteres y que por la penuria de su presupuesto, así como por no contar con servicio sanitario en debida función, solicitaron instrucciones y ayuda de este gobierno; igual de carácter revistió en los municipios de Jalapa, Santa Rosa y esta capital, desprendiéndose de los informes, incompletos por cierto, que fue menos intensa y de resultados menos funestos en Veracruz, Perote, Cosautlán, Pánuco, Soledad de Doblado, Tlacotalpan, Minatitlán, Puerto México, Santa Lucrecia, Orizaba, Jalcomulco, Zongolica, Coscomatepec y Aquila, habiendo sido enteramente benigna en Coatepec, Teocelo, Martínez de la Torre, Pueblo Viejo, Husatusco, Alvarado, San Francisco de las Peñas, Cosamaloapan, San Andrés Tuxtla, Ixtaczoquitlán, Paso del Macho y San Miguel del Soldado. (Citado en Lozano, 2003, 121)

Imagen 2.



Fuente: *Excelsior*, 18 de enero de 1919, p. 4. Hemeroteca Nacional

Los medios de comunicación de esa época fueron muy importantes para informar a la población nacional de lo que sucedía respecto a la influenza. El periódico *Excelsior* informó que en mes de octubre había arribado al puerto el vapor Alfonso XII procedente de España y que transportaba a viajeros contagiados, por lo que la Salubridad pidió a la Compañía Transatlántica Española datos pormenorizados sobre el comportamiento de la enfermedad. Los responsables del navío no proporcionaron ninguna información de los enfermos por lo que la autoridad sanitaria del puerto decidió poner en cuarentena a los pasajeros (Zavala, 2009, 95-130). Este caso puso en alerta a la dependencia sanitaria, porque se trataba de una zona petrolífera, y se tenía el temor de que pudiera paralizarse esta área, ocasionando graves consecuencias económicas para el país (Cano, 2013,277)

Al parecer si se tomaron algunas medidas como la cuarentena del mencionado vapor, pero la influenza causo numerosas muertes, como lo expresa Lozano, “una grave epidemia de gripe, la llamada influenza española, exige una intensa actividad sanitaria que, sin embargo, no logró impedir la muerte de centenares de miles de personas” (Lozano, 2003: 121) lo que llevó a que “muchas casas quedaron cerradas después de una epidemia de gripe española” (Hoffman, 1992:63)

En el estado y especialmente en Xalapa para el año de 1918 se vivía un clima político y social agitado como consecuencia de toda la situación nacional expuesta anteriormente. La lucha de los obreros, los disturbios y la decadencia de las fábricas textiles era parte del clima político y social de la ciudad. Aunado a esto la lucha de facciones pos revolucionarias afectaba desde la región de Xalapa hasta la zona de Perote, la participación de los campesinos se encontraba dividida, unos como observadores, otros afectados o reclutados por “voluntad propia”, y a la fuerza fueron insertos en los grupos combatientes, sea de los rebeldes o de los constitucionalistas. Por otro lado los terratenientes no daban muestra clara de sus opiniones y los negociantes se aprovechan de las oportunidades que se iban presentando, todo esto en medio de la escasez de campo y de los movimientos de población, la cual se movía a todos lados (Hoffman, 1992, 33-34).

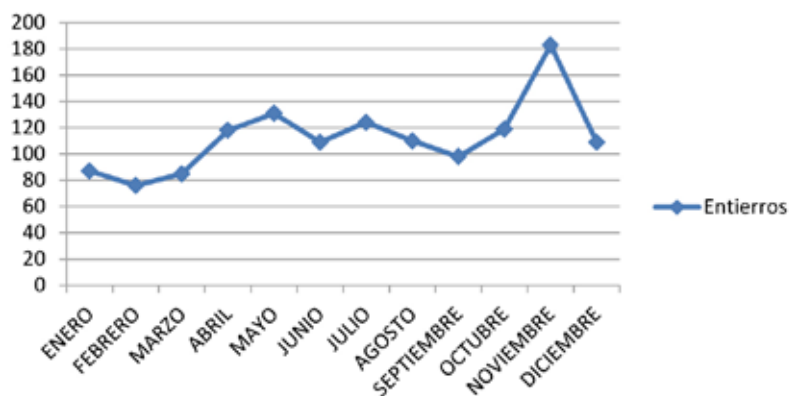
Respecto al comportamiento demográfico de la epidemia Barnes menciona que “los adultos jóvenes y aparentemente sanos, lo cual no acaba de asombrar al mundo médico, sufrieron la más alta mortalidad, a diferencia de otros brotes de influenza estacional que afectaban a los niños, a los viejos y a los enfermos crónicos. (Barnes, 2010,144), de aquí que en los párrafos siguientes se identificarán las características por edad de los decesos ocurridos en Coatepec y Xalapa.

## El entorno urbano y rural de la epidemia de 1918

En la ciudad de Xalapa la situación de la epidemia se dio de forma muy distinta a la localidad de Coatepec, situada a 13 kilómetros de la capital. El primer caso de influenza registrado en Xalapa fue el 23 de octubre de 1918 y se menciona que el Dr. Ricardo expidió un certificado con lo siguiente: “Ayer a las 9 de la mañana digo noche falleció de Influenza, en el Lazareto, el señor Lauro González, natural de Oaxaca, de 25 veinticinco años de edad, soltero, militar”<sup>3</sup>. En Coatepec según el acta de registro de defunciones el primer caso de influenza fue el día 16 de noviembre como dice la información del certificado médico reportado en esa acta, expedido por el Dr. Ignacio Basurto: “Hoy a las 4 de la mañana falleció en el lugar de su vecindad, a consecuencia de Influenza, la señora Clotilde Tlaxcalteco, originaria, que fue del pueblo de Ixhuacán de los Reyes de este Cantón, soltera, de 50 años de edad”<sup>4</sup>.

Un primer análisis de los decesos que se presentaron en Xalapa y Coatepec es el siguiente. En Xalapa, los meses con mayor número de entierros en todo el año fueron mayo con 131 entierros, mientras que en julio se registraron 124, noviembre se aprecia un aumento ocasionado por 183 defunciones, de las cuales 62 fueron causadas por influenza, en diciembre desciende la mortalidad a 109 defunciones, de las cuales la mayor parte también fueron de influenza, esto puede observarse en el gráfico 1. El pico tan marcado se debió a la influenza que llegó en octubre a Xalapa e hizo estragos todo noviembre y diciembre.

**Gráfico 1.** Entierros de Xalapa, Ver., 1918.



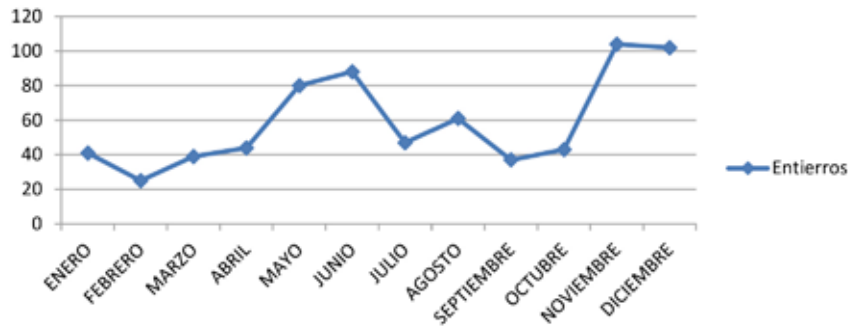
**Fuente:** Elaboración propia con base en el registro de las defunciones de Xalapa, Ver., 1918.

En Coatepec si bien se inicia oficialmente la influenza el 16 de noviembre, el día 8 de ese mes, se registró el fallecimiento a causa de *gripa* de la señora Teodora, soltera de 26 años de edad, al otro día el 9 de noviembre se registró el caso de Onésimo Ságada un hombre de 24 años, jornalero, originario de Coatepec quien falleció a causa de *neumonía gripal aguda*, estos decesos pueden estar hablando que la epidemia se inició antes, ya que la causa de muerte no se registró como influenza. Así se inicia un ascenso en las defunciones debido a la epidemia en el mes de noviembre, como se observa en el gráfico 2.

3 México, Veracruz, Registro Civil, 1821-1949, images, FamilySearch. Recuperado de: <https://familysearch.org/pal:/MM9.3.1/TH-1942-23756-36425-40?cc=1922413&wc=MDNY-RPD:216563201,216608801> Archivo General del Registro Civil del Estado de Veracruz.

4 “México, Veracruz, Registro Civil, 1821-1949,” images, FamilySearch (<https://familysearch.org/pal:/MM9.3.1/TH-1951-23809-2760-70?cc=1922413&wc=MDNL-G68:216387601,216476601>: accessed 26 Oct 2014), México, Veracruz, Registro Civil, 1821-1949 > México, Veracruz, Registro Civil, 1821-1949 > Coatepec > Defunciones 1918-1919 > image 218 of 508; citing Archivo General del Registro Civil del Estado de Veracruz.

**Gráfico 2.** Entierros de Coatepec, Ver., 1918.

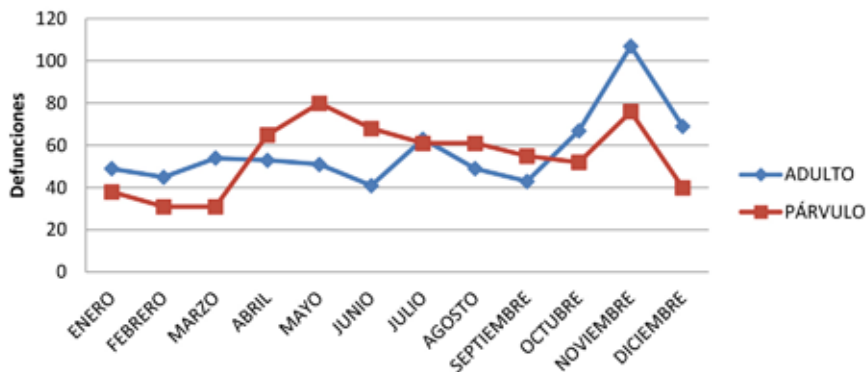


**Fuente:** Elaboración propia con base en el registro de las defunciones de Coatepec, Ver., 1918.

En cuanto a la mortalidad por grupo de edad en Xalapa (gráfico 3), tenemos que en el mes de enero murieron 49 adultos y 38 párvulos, en abril hubo menor mortalidad adulta fallecieron 53 adultos y 65 párvulos, en el mes de julio se encuentra una proporción equilibrada entre ellos. Durante el mes de octubre, donde se presenta la epidemia de influenza en Xalapa, tenemos 67 defunciones de adultos y 52 de menores. Es de notar que durante el mes de noviembre es cuando la mortalidad adulta se incrementa, al fallecer 107 adultos y 76 párvulos y por último en diciembre, 69 adultos y 40 párvulos. De los 62 muertos por influenza 50 fueron adultos y 12 párvulos lo cual quiere decir que la epidemia atacó mayormente a los adultos tal como lo menciona Cuenya que sucedió en Puebla y en otras regiones:

*Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre la influenza atacó primordialmente a adultos jóvenes en edad productiva (15-35). Sobre un total de de 1 828 defunciones ocasionadas por el virus gripal, casi 60% (59.3%) correspondió a población adulta, lo que coincidió con el comportamiento observado en otras regiones (Cuenya, 2010, 155)*

**Gráfico 3.** Defunciones por grupo de edad, Xalapa, Ver., 1918.



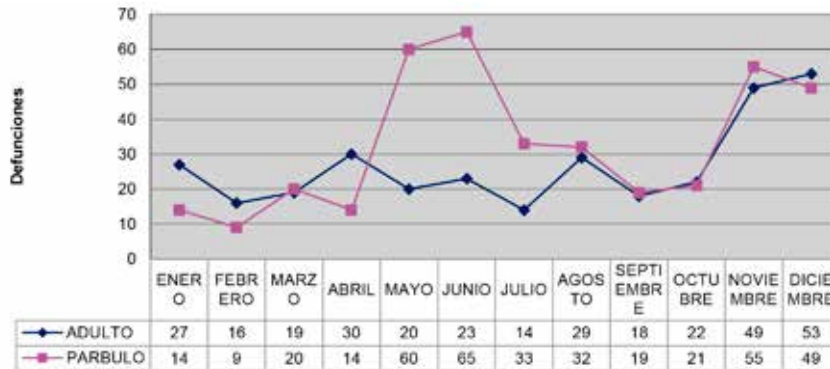
**Fuente:** Elaboración propia con base en el registro de las defunciones de Xalapa, Ver., 1918.

En cuanto a los decesos ocurridos en Coatepec de acuerdo a los grupos de edad de adultos y párvulos, en el gráfico 4 puede observarse que la mortalidad en los adultos se elevó ligeramente en el mes de abril presentándose 30 defunciones a causa de enfermedades gastrointestinales. Durante el mes de mayo el incremento de los decesos de párvulos es notorio, llegando a 60 defunciones, así como en junio 65, ambas por enfermedades gastrointestinales. El incremento en los decesos se dieron en los meses de noviembre y diciembre. En noviembre con 49 y 53 de defunciones a causa de gripa y otras enfermedades, registrándose 6 casos de influenza, al finalizar el año en noviembre 55 fallecimientos y 49 en diciembre, como se ve, en los dos últimos meses de año

el aumento se presentó de forma equilibrada entre adultos y párvulos y es claro el pico en el grupo de párvulos para los meses de mayo y junio, esto se observa en la gráfico 4.

Si bien hay indicios de que la mortalidad por influenza haya sido mayor en adultos que en párvulos, no debe de descartarse una posible omisión por falta de registros.

**Gráfico 4.** Defunciones por grupo de edad, Coatepec, 1918.



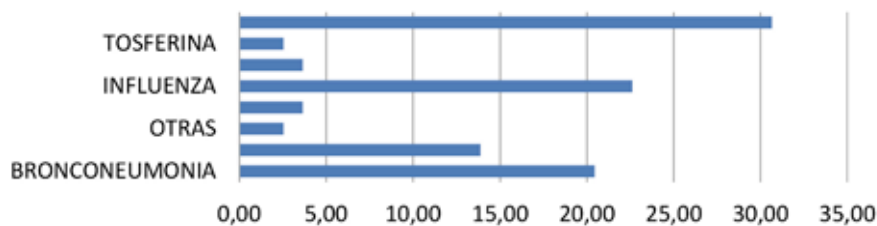
Fuente: Elaboración propia con base en el registro de las defunciones de Coatepec, Ver., 1918.

### La Mortalidad por causa

Para los fines de buscar una conclusión sobre la importancia demográfica de la epidemia, se llevó cabo una división de las causas de muerte en cuatro grandes grupos: el grupo 1 de las enfermedades respiratorias, grupo 2 de las gastrointestinales, grupo 3 las ocasionadas por un vector y en el grupo 4 donde se englobaron todas las demás causas como eclampsias. Posteriormente se dividieron cada una de las causas consideradas como respiratorias para comparar los decesos de cada una de ellas.

De las causas de muerte identificadas en Xalapa durante este periodo de estudio, el 20 % de las defunciones correspondieron a las enfermedades respiratorias, el 27% a las gastrointestinales, el 23% por vector, específicamente por paludismo, y el 51 % por otras causas diferentes a las anteriores, en este último grupo se englobaron a todas las patologías causantes de la mortalidad infantil como las eclampsias, la falta de desarrollo, debilidad congénita, hemorragias, meningitis, males cardiacos, además de otras defunciones causadas por accidentes, por arma de fuego, por arma punzo cortante, fusilamientos, incluso se registraron casos de cáncer de seno y de matriz. Una primera reflexión es que al observar las causas de muerte, aún en 1918 las enfermedades respiratorias no fueron la principal causa de deceso, lo que lleva a cuestionar la virulencia de la epidemia, por otra parte, al definir cada una de las causas de las enfermedades respiratorias, al parecer la influenza no ocupa un primer lugar, como se observa en el gráfico 5.

**Gráfico 5.** Xalapa: Enfermedades respiratorias, 1918.

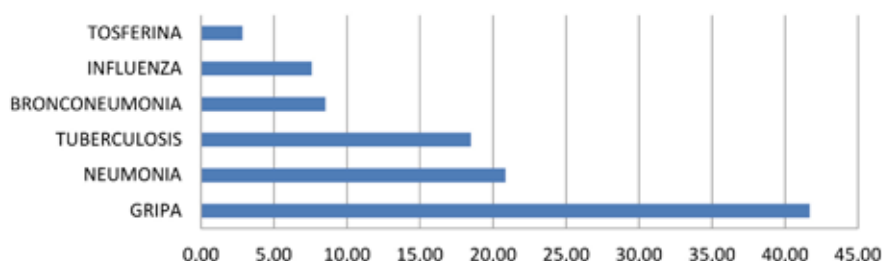


Fuente: Elaboración propia con base en el registro de las defunciones del municipio de Xalapa, Ver., 1918.



Para el caso de Coatepec, la principal causa de mortalidad fueron las enfermedades gastrointestinales, (33%) seguidas de las respiratorias (30% con 233 casos), de éstas la gripa definida como tal, causó poco más del 40% de las defunciones, seguida de la neumonía, mientras que la influenza ocupó el 5%, tal como se observa en la gráfico 6.

**Gráfico 6.** Coatepec: Enfermedades respiratorias, 1918.



**Fuente:** Elaboración propia con base en el registro de las defunciones del municipio de Coatepec, Ver., 1918.

Sin embargo, no hay duda, de que como se observó en las gráficas anteriores, hay una elevación de la mortalidad durante los meses que ocurrió la epidemia de influenza en el país, lo que llevaría a hablar de dos cuestiones, primera, un mal diagnóstico de la influenza que pudo haber sido confundida con otras patologías como bronquitis y bronconeumonía por ejemplo en la ciudad de Xalapa, o para el caso de Coatepec como municipio rural, se diagnosticó como gripa –y no influenza-, o como neumonía. Segundo, para el caso de Xalapa y Coatepec habría que realizar más estudios para identificar si únicamente el aumento de las defunciones corresponde a una sobre mortalidad o a una verdadera epidemia capaz de modificar la estructura por edad de la población.

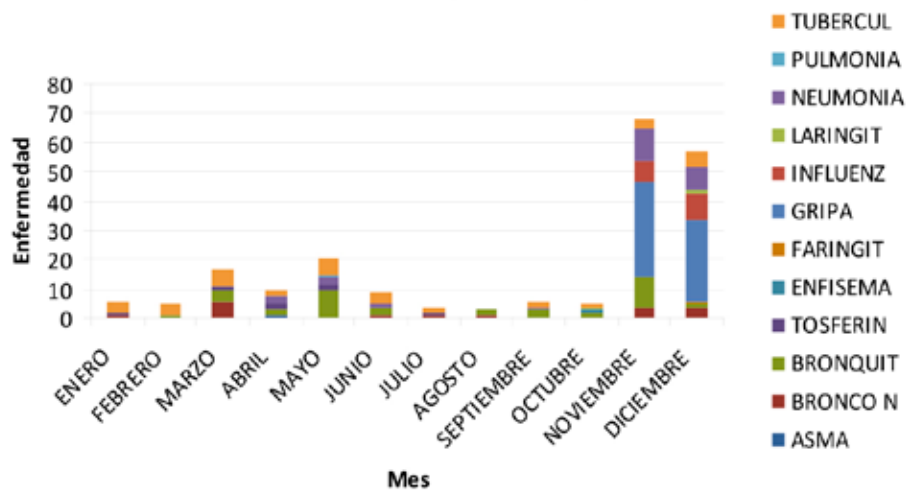
Para los fines de este trabajo se consideraron como enfermedades respiratorias el asma, la bronconeumonía, la bronquitis, tosferina, enfisema pulmonar, faringitis, gripa, influenza, laringitis, neumonía, la pulmonía y la tuberculosis. En el gráfico 6 se pueden observar que en el mes de noviembre y diciembre hubo más casos de gripa que de influenza, durante estos meses es notorio un aumento de la mortalidad, pero solamente se registraron 16 casos de influenza, sin embargo hay 61 registros de gripa, cabe aquí la pregunta, ¿los 61 casos de gripa serían en realidad influenza? Ya que no todos fueron certificados por un médico, y puede ser que debido a la epidemia y al desconocimiento de la enfermedad se atribuyeran causas de muerte distintas debido a la sintomatología muy similar de los padecimientos respiratorios.

Incluso para el mes de noviembre la prensa hacía énfasis en que la mayoría de las muertes dadas durante la epidemia en su mayoría se atribuyeron a la *neumonía*, “ya fuera directamente provocada por el virus o por una infección secundaria de otro patógeno” (Márquez, 2010, 124).

Al analizar las causas de muerte de los registros de defunciones encontramos que también hubo presencia de otras enfermedades particulares de la época como las gastrointestinales, la gastroenteritis, la enteritis, la enterocolitis, etc., la tuberculosis, la eclampsia, la falta de desarrollo, anemias, meningitis. Cabe resaltar que a consecuencia de la situación sociopolítica se presentaron causas como “lesiones por arma de fuego”, “ejecutado”, “tiroteo”, lesiones punzocortante, así como causas accidentales como ahogamiento, asfixia y “machucamiento”.

El estudio de la mortalidad por la “influenza española” no es aún contundente para determinar su impacto en las estructuras por edad, al no estar claras las causas de muerte, ya que la conclusión más certera del presente trabajo es que al no haber sido certificadas por un médico, pudo haberse confundido la influenza con otras patologías del aparato respiratorio. Es necesario realizar más estudios a nivel local que permitan integrar otras reflexiones en torno a lo mismo, para que a partir de ahí se logre identificar el impacto que haya tenido esta epidemia en la población veracruzana.

**Gráfico 7.** Defunciones por mes y enfermedades respiratorias, Coatepec, Ver., 1918.



**Fuente:** Elaboración propia con base en el registro de las defunciones de Coatepec, Ver., 1918.

## Bibliografía

- Almada Bay, I. (1982). La mortalidad en México, 1922-1975, México, imss. 37. En: B. L. Cano Sánchez, *La influenza Española en México: el caso de los estados fronterizos (1918-1919)*, (p.276). México: buap, Instituto Mora.
- Barnes, E. (2010) *Diseases and Human evolution*. Albuquerque: University of New Mexico Press, 2005. Y Alfred Crosby, *Epidemic and Peace, 1918*, Westport, Connecticut: Greenwood Press, 1976 (p.44). En L. Márquez Morfín y A. Molina del Villar, “El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México, *Desacatos*, (32), enero-abril.
- Blázquez Domínguez C. y Méndez Maín, S. (2013). Tecnologías de información para el análisis de la población de los siglos XVIII y XIX en Veracruz. En: M.A. del Arco Blanco, A. Ortega Santos y M. Martínez Martín (Eds.), *Ciudad y modernización en España y México* (pp. 7- 46).Universidad de Granada.
- Cano Sánchez, B. L. (2013). La influenza española en México: el caso de los estados fronterizos (1918-1919). En: A. Molina del Villar, L. Márquez Morfín y C. P. Pardo Hernández (Eds.), (pp. 275-287), *El miedo a morir. Endemias, epidemias y pandemias en México: análisis de larga duración*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (buap), Instituto Mora.
- Carbonetti, A. (2010). Historia de una epidemia olvidada. La pandemia de gripe española en la Argentina, 1918-1919. *Desacatos*, (32), enero-abril, pp. 159-174, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articuloBasic.oa?id=13912483012> (Consultado el 23 de octubre de 2014).
- Cruz Velázquez, R. (1999). Impacto del cólera en el puerto de Veracruz. En S. Pérez Toledo, R. Elizalde Salazar y L. Pérez Cruz (Eds.) *Las ciudades y sus estructuras. Población, espacio y cultura en México, siglos XVIII y XIX* (pp. 47-60), México: Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, Universidad de Tlaxcala.
- Cuenya Mateos, M. A. (2010) Reflexiones en torno a la pandemia de influenza de 1918. El caso de la ciudad de Puebla, *Desacatos*, (32), enero-abril, 2010, pp. 145-158, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/139/13912483011.pdf> el 10 de octubre de 2014.
- \_\_\_\_\_. (2014). De la viruela a la influenza. Estudio histórico de una crisis de mortalidad en el valle de Cholula. Ponencia presentada dentro de la temática de Demografía histórica de la “XII Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México”, *A 40 años: ¿la familia pequeña vive mejor?*, celebrado del 28 al 30 de mayo en la Universidad Iberoamericana Ciudad de México.
- \_\_\_\_\_.Y Contreras Cruz C. (2005). Políticas sanitarias en una ciudad de la provincia mexicana. Del cólera a la influenza española de 1918. El caso de Puebla. *Ulúa*, (6) diciembre, pp. 37- 59, Universidad Veracruzana (UV)-Instituto de Investigaciones Histórico- Sociales.
- Florescano Mayet, S. (1992). Las epidemias y la sociedad veracruzana en el siglo XIX. *Anuario VIII*, pp.57-96. UV-Centro de Investigaciones Humanísticas.
- González Arratia, L. (2003). *1918: La epidemia de influenza española en la Comarca Lagunera: una crónica*. Torreón: Dirección Municipal de Cultura.
- González Maroño, M. L. (2004). Salud pública en el puerto de Veracruz a principios del Siglo XIX. *Ulúa*, vol. 2 (3), ene-

- ro-junio, pp. 27-63. Universidad Veracruzana-Instituto de Investigaciones Histórico-Sociales.
- González B.S. (2011). "La pandemia olvidada de 1918" *Revista de Estudios Médicos Humanísticos* 2005; 14(14) pp. 123-127. En G. Murillo Godínez. *Recordando a la gripe española*. *Med Int Mex* 20911; 27 (5) pp. 463-467. Recuperado en [http://www.cmim.org/boletin/pdf2011/MedIntContenido05\\_09.pdf](http://www.cmim.org/boletin/pdf2011/MedIntContenido05_09.pdf)
- Hoffman, O. (1992). *Tierras y territorio en Xico, Ver.* Xalapa: Gobierno del Estado de Veracruz, Colección V Centenario del Encuentro de Dos Mundos, pp. 63.
- Kumate, J. (1982). Las enfermedades infecciosas en México. En: F. Ortiz Quesada (Ed.) *Vida y muerte del mexicano*, (pp. 43-57). México: Folio Ediciones.
- Lezzoni, L. (1999). *Influenza 1918 "The Worst Epidemic in American History"*, *TV Books*, Nueva York. En: L. Márquez Morfín y A. Molina del Villar (2010). El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México. *Desacatos* (32) enero-abril.
- Lozano y Nathal, G. (2003). *Los Vaivenes en Tierra Adentro. Epidemias y endemias en Veracruz*. Xalapa: Gobierno del Estado de Veracruz, sesver, inah.
- Lozano y Nathal, G., y Escamilla Gómez, M. (2000). *Las Fiebres que vienen de la mar*. Xalapa: inah, Secretaría de Salud, Gobierno del Estado de Veracruz.
- Márquez Morfín, L. (2013). Efectos de la pandemia de influenza en 1918-1912 a escala mundial. En: A. Molina del Villar, L. Márquez Morfín y C. P. Pardo Hernández (Eds.), *El miedo a morir. Endemias, epidemias y pandemias en México: análisis de larga duración*, (pp. 241-274). México: buap, Instituto Mora.
- \_\_\_\_\_. Y Molina del Villar, A. (2010). El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México, *Desacatos* (32), enero-abril, pp. 121-144. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia (enah).
- Méndez Maín, S. (2011). Un siglo de epidemias en territorio veracruzano: la viruela en Xalapa (1821-1920). En: M. González Portilla, J. María Beascoechea Gangoiti y K. Zarraga Sangroniz (Eds.), *Procesos de transición, cambio e innovación en la ciudad contemporánea* (pp. 85-104). Bilbao: Universidad del País Vasco, Euskal Herriko Unibertsitatea, Servicio Editorial.
- Murillo G. G. Recordando a la gripe española. *Med Int Mex* 20911; 27 (5) pp.463-467. Recuperado en: [http://www.cmim.org/boletin/pdf2011/MedIntContenido05\\_09.pdf](http://www.cmim.org/boletin/pdf2011/MedIntContenido05_09.pdf)
- Nezahualcoyotzi, M. (2003). *La epidemia de gripe de 1918 en Tlaxcala*. Tlaxcala: Universidad Autónoma de Tlaxcala: Departamento de Filosofía y Letras.
- Ronzón León, J. (2004). *Sanidad y modernización en los puertos del alto Caribe, 1870-1915*. México: Miguel Ángel Porrúa, Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Azcapotzalco.
- Ronzón León, J. (1998). El panorama epidémico en el Golfo de México. Los puertos de La Habana, Veracruz y New Orleans en la segunda mitad del siglo XIX. *Papeles de población*, vol. 4 (16), abril-junio, pp. 167-179. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Ronzón León, J. (1997). La fiebre amarilla en los puertos de Veracruz y La Habana. *Tierra Firme*. *Revista de Historia y Ciencias Sociales*, año 13, vol. XV (57), enero-marzo, pp. 167-184. Universidad Central de Venezuela.
- Ulloa, S. (1919). *La influenza Española*. Monografía escrita a propósito de la pandemia, Querétaro.
- Valdez Aguilar, R. (2002) Pandemia de gripe, Sinaloa 1918-1919. *Elementos*, (47) pp. 37-42.
- Zavala Ramírez C. (2009) Discusiones médicas acerca de cuarentenas en Veracruz, siglo XIX. En *Veracruz: sociedad y cultura popular en la región Golfo Caribe* (pp. 95-130), Y. Juárez Hernández y L. Bobadilla González (coords.) México: UV-IIHS, Universidad de San Nicolás de Hidalgo, ivec.

## Fuentes

- Actas de Defunción de Xalapa y Coatepec en: México, Veracruz, Registro Civil, 1821-1949, images, Family Search. Recuperado de: <https://familysearch.org/pal:/MM9.3.1/TH-1951-23809-2760-70?cc=1922413&wc=MD-NL-G68:216387601,21647660>.
- Periódico *Excelsior*, de enero de 1919, p. 4. Hemeroteca Nacional
- Periódico *El Demócrata*, 4 de octubre, 1918. Tomo V, núm. 607. Hemeroteca Nacional.
- Tejeda, Adalberto, Informe del C. Gobernador interino del estado de Veracruz- Llave, rendido ante la H. legislatura del mismo, el día 5 de mayo de 1919, Blázquez Domínguez, (COMP), (1986) *Informes de sus gobernadores 1826-1986*, Talleres Gráficos de la Nación, México, T. X, pp. 5340-5341.

## Historia de una enfermedad y sus fuentes

Graciela Agnese

Los proyectos de Tesis - de Licenciatura y Doctoral- sobre la Historia de la fiebre hemorrágica argentina<sup>1</sup> tuvieron como objetivo fundamental, abordar la historia de esta enfermedad desde un enfoque sociocultural. Es decir, considerando, no sólo a los equipos de investigadores y profesionales médicos con sus acciones y logros en torno a esta problemática. Si no, también, enfatizando el rol del estado y las circunstancias políticas, socio-económicas y geográficas condicionantes; a la población afectada, condiciones de vida y sus efectos en orden a la morbilidad y mortalidad. El impacto de la enfermedad en la población de la zona endémica, incorporando la categoría del imaginario de esta virosis. Y, el análisis del discurso de la prensa escrita sobre la fiebre hemorrágica.

El trabajo de indagación nos vinculó con repositorios y fuentes que podemos llamar tradicionales, como artículos publicados en revistas científicas y en periódicos que, sin embargo, adquirieron otra significación a partir del enfoque planteado. Y, también, pudimos encontrar repositorios y fuentes inéditas de gran valor para la Historia de la enfermedad. Además, la contemporaneidad de la temática y el propósito de reconstruir el imaginario de la fiebre hemorrágica llevaron al registro de distintos testimonios orales.

El artículo se propone dar cuenta de los distintos acervos documentales consultados, centrando nuestra mirada en aquéllos que contienen fuentes inéditas. Considerar la cuestión metodológica implicada en la reconstrucción del imaginario. Y, analizar la relevancia de los testimonios orales.

### Los archivos éditos

La fiebre hemorrágica es una enfermedad endémica que, personalmente, conocí por vivir en la región afectada<sup>2</sup>. El período temporal inicial a investigar quedó establecido a partir de la lectura de un texto que llegó a nuestras manos a través de la Dra. Delia Enría, actual directora del Instituto de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio Maitzegui”, de Pergamino. Sus autores eran médicos, de la zona epidémica inicial - el noroeste bonaerense -, y algunos de los primeros investigadores. La publicación<sup>3</sup> tenía el mérito de comenzar con una reseña histórica, en la que pudimos encontrar aquello que los escritores consideraban hitos en la historia de esta virosis, como nombres de investigadores y facultativos.

### Biblioteca Central “Juan José Montes de Oca” - Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires

Uno de los primeros sitios que, durante meses, se convirtió en nuestro ámbito de trabajo fue la Biblioteca Central “Juan José Montes de Oca”, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires<sup>4</sup>. Fundada en 1863, cuenta con un acervo de 9600 publicaciones científicas, nacionales e internacionales. Así, la *Revista Farmacéutica*, desde 1858, *Lancet*, desde 1823, *Bulletin de l'Academie Royale de Medecine* (C. de Bull. Acad. Natl. Med. Paris) desde 1836, *British Medical Journal*, desde 1857, *Annals of Surgery*, desde 1886, *American Journal of Physiology*, desde 1898 y *La Prensa Medica Argentina*, desde 1914, entre otras revistas argentinas

1 Agnese, Graciela, 2011, *Historia de la fiebre hemorrágica argentina. Imaginario y espacio rural (1963-1990)*, Prohistoria, Rosario.

2 La Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) es una enfermedad endemo-epidémica que afecta principalmente a los trabajadores rurales de la Pampa Húmeda, donde existen los roedores reservorios (*Calomys musculinus*). Cubre un área aproximada de 150.000 km<sup>2</sup>, con una población en riesgo de aproximadamente 5.000.000 de personas, abarcando el noroeste de la provincia de Buenos Aires, una parte sur de la misma provincia, sur de la provincia de Santa Fe, centro y sur de la provincia de Córdoba y noroeste de la provincia de La Pampa.

3 Ruggiero, Héctor, Magnoni, Clemente, Nota, Nora y otros, 1982, *Fiebre Hemorrágica Argentina*, Buenos Aires, El Ateneo, Buenos Aires.

4 Ubicada en el 4° piso de la Facultad de Medicina de la UBA, Paraguay 2155 de la ciudad de Buenos Aires

de Medicina. Cabe destacar la colección de más de 2000 libros clásicos de la historia de la Medicina universal, editados entre mediados del año 1500 a finales del 1800, destacándose las obras de Vesalio, Ambroise Paré, Hipócrates, Galeno, entre otros. Además, esta Biblioteca preserva las tesis, trabajos monográficos, de adscripciones y premios, presentados en la Facultad, reuniendo un total de 400.000 volúmenes, muchos inéditos. Y, ha recibido legados notables como los de los doctores Pedro Chutro, Arce y Michans. En cuanto a las revistas nacionales de medicina, a partir de 1996, en forma virtual se puede consultar un registro por temas, autor y título.

En esta biblioteca pudimos encontrar todas las publicaciones realizadas por los distintos investigadores que trabajaron en el campo de la fiebre hemorrágica, como las de médicos del Noroeste Bonaerense. Así pudimos acceder a los distintos números de *Acta Krausi*, los *Anales Argentinos de Medicina*, *El Día Médico*, *La Semana Médica*, *Orientación Médica*, *Medicina*, la *Revista de la Asociación Médica Argentina*, *La Prensa Médica Argentina*, la *Revista de la Sociedad Argentina de Biología*, *Revista de la Asociación Argentina de Microbiología*, publicaciones de la Academia Nacional de Medicina, los *Anales de la Academia Nacional de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales*, *Prevención Bioquímica* (publicada en la ciudad de Córdoba), publicaciones del Instituto de Virología “Dr. J.M. Vanella” (Córdoba), trabajos para adscripciones y tesis sobre la enfermedad presentadas en la Facultad de Medicina, *Anales de la Fundación Alberto J. Roemmers* y los informes publicados por dos de los equipos de investigadores, en las que realizan una detallada presentación sobre los trabajos realizados<sup>5</sup>.

Los distintos artículos nos permitieron identificar a los científicos que trabajaron en fiebre hemorrágica, la pertenencia institucional, los temas investigados, el período temporal, índices de morbilidad y mortalidad, las condiciones de trabajo y las entidades que aportaban los recursos. También proporcionaron información sobre el campo científico de desarrollo de las investigaciones. Y, aportaron datos sobre la política científica de nuestro país, información necesaria para contextualizar el trabajo de los distintos equipos de investigadores. Asimismo proporcionaron información sobre los médicos del área epidémica. Y, también, varios de estos trabajos tienen consideraciones sobre las características geográficas del área epidémica, la población afectada, las condiciones de vida y de trabajo vinculadas con la virosis, los enfermos, en algunos casos identificados con nombre, apellido, edad y lugar de residencia:

*“la malas condiciones higiénicas personales y colectivas en donde se desarrolla esta afección, (malas condiciones de alimentación, de vestimenta, de descanso y de vivienda)”<sup>6</sup>;*

*“El toldo es una unidad de vivienda [...] Estos toldos se hallan dispuestos sobre el mismo rastrojo”<sup>7</sup>.*

*“Los juntadores de maíz viven en precarias condiciones de higiene, realizando una tarea agotadora”<sup>8</sup>.*

También refieren medidas adoptadas por las autoridades sanitarias como sus inacciones.

5 *Informe de la Comisión de Estudio de la Epidemia del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires*, 1958, La Plata, Departamento de Prensa y Publicaciones, Ministerio de Salud Pública.

Pirosky, Ignacio, Zuccarini, Juan, Molinelli Wells, Ernesto y otros, 1959, *Virosis Hemorrágica de Noroeste Bonaerense*, Buenos Aires, Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, Instituto Nacional de Microbiología.

6 *Informe de la Comisión de Estudio de la Epidemia del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires*, 1958, La Plata, Departamento de Prensa y Publicaciones, Ministerio de Salud Pública, pp. 13

7 Pirosky, Ignacio, Zuccarini, Juan, Molinelli Wells, Ernesto y otros, 1959, *Virosis Hemorrágica de Noroeste Bonaerense*, Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, Buenos Aires, Instituto Nacional de Microbiología, Buenos Aires, pp. 21

8 Álvarez Ambrosetti, Enrique, Cintora, Aberto, Locicero, Rosario, Magnoni, Clemente, Milani, Héctor, Vaccarezza, Raúl, 1959, “Observaciones Clínicas”, *El Día Médico*, N°10, pp. 232

## Archivo General de la Provincia de Santa Fe

El Archivo General de la Provincia de Santa Fe<sup>9</sup> surgió, en 1921, como Biblioteca de la Casa de Gobierno. En 1961 se convirtió en Archivo General, único repositorio de la provincia destinado a la conservación de la documentación del Poder Ejecutivo provincial<sup>10</sup>. En este Archivo, además, se pueden consultar los fondos del Archivo de la 1° Circunscripción Judicial del siglo XIX y la primera y segunda décadas del siglo XX. En el 2005 se inició un trabajo de digitalización, microfilmación y base de datos de los decretos del poder ejecutivo período 1955-1995. La consulta sobre los decretos se puede realizar por tema, organismo iniciador y rango de fechas. También en ese mismo año comenzó el proyecto de la Hemeroteca Digital “Fray Francisco de Paula Castañeda”, que consistió en la microfilmación de los diarios *El Orden* - período 1927-1955 -, *Diario Santa Fe* - período 1911-1933 -y *El Litoral* - período 1930-1979 -. De manera virtual se puede acceder a una base de datos con la información más destacada de los diarios, en la que se ha utilizado la técnica de descriptores y resumen de noticias.

La fiebre hemorrágica argentina se extendió al sur de Santa Fe en 1968 cuando se registró el primer caso<sup>11</sup>. Este archivo nos permitió consultar, en forma virtual, todos los decretos del Poder Ejecutivo, vinculados a medidas adoptadas en relación a la fiebre hemorrágica argentina en el período 1968-1990.

### “Una rara enfermedad alarma a la modesta población de O’Higgins, que en poco tiempo provocó 5 muertos”<sup>12</sup>. Análisis del discurso de la prensa escrita

Con este título, el 5 de junio de 1958, el diario *La Razón* anunció al país y al mundo la existencia de una nueva enfermedad. Es innegable la función de los medios de comunicación masivos como nutrientes de la opinión pública<sup>13</sup> y factor de presión. La virosis hemorrágica encontró espacio tanto en los periódicos nacionales como en los locales, fuera *La Verdad* de Junín, *La Opinión* de Pergamino o *La Capital* de Rosario, entre otros. De ahí la importancia de poder analizar el rol desempeñado por la prensa escrita en el proceso salud/enfermedad que tuvo lugar a partir de la irrupción de esta virosis, considerando a los artículos publicados en el período historiado, 1950-1990.

Los periódicos *La Razón*, *La Nación*, *Clarín* y *La Prensa* pudimos consultarlos en la Hemeroteca de la Biblioteca Nacional “Mariano Moreno”<sup>14</sup>, como sabemos, la biblioteca más importante del país. Los ejemplares del diario *La Verdad* de Junín, localidad de la primera región epidémica, se encuentran en su propia hemeroteca<sup>15</sup>. Los del diario *La Opinión*, de Pergamino, también en el área epidémica, en la Biblioteca Pública Municipal “Dr. Joaquín Menéndez”<sup>16</sup> de esa ciudad.

Los ejemplares de *La Capital* se encuentran en la Hemeroteca de la Biblioteca Argentina “Dr. Juan Álvarez”<sup>17</sup>, la más importante de la ciudad de Rosario y de la provincia de Santa Fe. Fue inaugurada en 1912 por iniciativa de quien fuera secretario de la Municipalidad, el Dr. Juan Álvarez. Cuenta con un acervo de 200.000 libros. La Hemeroteca fue creada en 1949. Con el patrocinio de la Fundación Antorchas, de la [Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo](#) (AECID) y el Programa para Archivos y Bibliotecas Latinoamericanas (PLALA) con sede en la Universidad de Harvard. El [Centro de Estudios Históricos e Información](#)

9 Ubicado en la calle Brigadier E. López 2792 de la ciudad de Santa Fe.

10 Ley N° 5516/61

11 Barrera Oro, Julio, Maiztegui, Julio, Sabattini, Marta, “Fiebre Hemorrágica Argentina en la provincia de Santa Fe”, *Revista de la Asociación Argentina de Microbiología*, 1973, Vol. V, N° 1, Buenos Aires, pp. 58.

12 *La Razón*, Buenos Aires, 5 de junio de 1958, pp. 7

13 Teruel Rodríguez, Laura, *La crítica política en los artículos del director del diario el mundo (1993-1996): punto de partida para el estilo del periódico*, Málaga, Universidad de Málaga en [www.upf.edu/periodis/Congres\\_ahc/Documents/Sesio3/teruel.htm](http://www.upf.edu/periodis/Congres_ahc/Documents/Sesio3/teruel.htm).

14 Agüero 2502, Buenos Aires.

15 Roque Sáenz Peña 167, Junín.

16 San Martín 838, Pergamino

17 Santa Fe 1553, Rosario

[Parque de España](#) (CEHIPE) se hizo cargo de la tarea de digitalización de diarios y revistas de la ciudad, del siglo XIX que, en el presente, pueden ser consultados en forma virtual. Sin embargo, los periódicos del siglo XX, en la mayoría de las colecciones, se encuentran en un grave estado de deterioro.

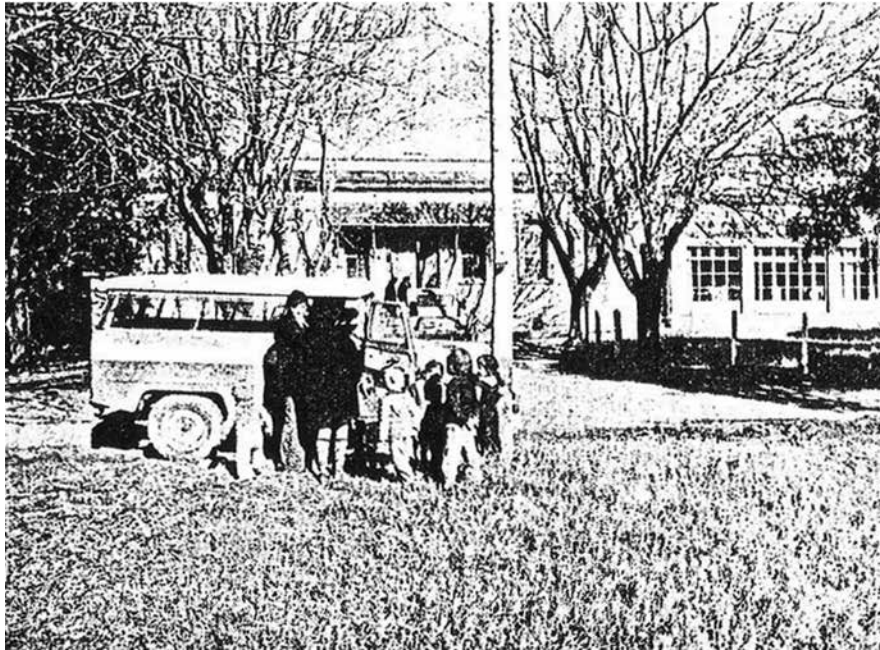
También en Rosario, en el edificio de la Federación Agraria, encontramos en ejemplares de la revista *Agro Nuestro*, artículos referidos a la problemática del hombre de campo frente a la fiebre hemorrágica. En 2014 La Federación inauguró la biblioteca “El grito de Alcorta” en su nueva sede central<sup>18</sup>. La misma cuenta, entre otras, con la colección personal de Francisco Netri, abogado y dirigente, protagonista de la huelga de los chacareros de 1912. El espacio también preserva la colección del diario *La Tierra* que está digitalizado desde 1912 hasta el presente.

Al periódico *El Litoral*, de la ciudad de Santa Fe, tuvimos acceso en forma virtual a través del Archivo General de la Provincia de Santa Fe, sobre el que ya hemos hecho referencia.

Del análisis de periódicos y revistas pudimos corroborar el espacio que la enfermedad encontró tanto en periódicos nacionales como locales. A mayor virulencia del brote mayor interés de la prensa escrita. Circunstancia que, sin duda, actuó como factor de presión ante las autoridades. La reiteración de noticias vinculadas a la FHA, junto con la movilización de la población durante los brotes más importantes, están asociadas a las visitas de funcionarios públicos, comunicados y declaraciones de las autoridades sanitarias.



Fuente: Revista *Ocurrió*, 18 de junio de 1966, Buenos Aires, año IV, N° 169, primera plana



Fuente: Revista *Gente*, Buenos Aires, 6 de junio de 1974, p. 8

## Los archivos inéditos

### Archivo del Dr. Ernesto Molinelli Wells

El Dr. Ernesto Molinelli Wells fue convocado, en 1958, por el Dr. Ignacio Pirotsky, Director del Instituto Malbrán, para integrar la Comisión Nacional Ad Hoc, equipo designado por el Ministerio de Salud de la gestión frondizista, para investigar sobre la nueva enfermedad que había hecho su irrupción en el Noroeste bonaerense. Molinelli Wells se desempeñó como Director Interino de este equipo, que se instaló en plena zona epidémica, a partir del 2 de junio de 1958. También participó en el proyecto, de esta comisión, de desarrollar una vacuna preventiva contra la FHA. Proyecto que quedó trunco con la intervención al Instituto Malbrán, al producirse el golpe de estado contra el presidente Frondizi<sup>19</sup>, el 28 de marzo de 1962.

Una calurosa tarde de febrero, luego de la entrevista que le realizamos, el Dr. Molinelli Wells depositó en nuestras manos su archivo personal. En este pequeño repositorio pudimos consultar valiosas fuentes. Encontramos la única publicación científica que existe sobre el proyecto de vacuna de 1959. La misma no había podido ser ubicada en otros repositorios<sup>20</sup>, al igual que una copia del Informe de la Comisión de Estudio de la Epidemia del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires de 1958<sup>21</sup>. También fue posible consultar una copia tipeada del informe presentado al Interventor del Instituto Malbrán, en 1962, sobre pruebas relacionadas a la vacuna contra la virosis<sup>22</sup>; y una copia, corregida de puño y letra por Molinelli Wells, de una solicitud de audiencia al presidente Arturo Illia debido a que el Dr. Molinelli Wells, junto a Ignacio Pirotsky y Juan Zucarini habían sido

19 Para ampliar sobre los trabajos realizados por la Comisión Nacional Ad Hoc véase Agnese, Graciela, 2005, “Desarrollo de la vacuna contra la fiebre hemorrágica argentina 1959-1962” en Lorenzano, César (edit.), *Historias de la Ciencia Argentina II*, Buenos Aires, EDUNTREF, pp. 153-166. Agnese, Graciela, “Científicos Argentinos y su lucha contra la fiebre hemorrágica argentina. 1963-1990”, 2012, en *Revista Brasileira de Historia de la Ciencia*, Volumen 5, número 2, Sociedad Brasileira de Historia de la Ciencia, San Pablo.

20 Pirotsky, Ignacio, Martini, Pedro, Zuccarini, Juan, Molinelli Wells, Ernesto, Di Pietro, Arturo, Barrera Oro, Julio Guido, Martos, Lidia y D’Empaire, Matilde, 1959 “Virosis Hemorrágica del Noroeste Bonaerense: la vacuna específica y la vacunación” en apartado de *Orientación Médica*, T: 8, Buenos Aires, S/edit., pp. 743.

21 *Informe de la Comisión de Estudio de la Epidemia del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires, 1958*, La Plata, Departamento de Prensa y Publicaciones, Ministerio de Salud Pública.

22 Peifer, Alberto, D’Empire, Matilde al Dr. Fisher, Alfredo, 13 de septiembre de 1962.



exonerados del Instituto Malbrán a partir de la intervención que tuvo lugar en 1962. Además, el archivo cuenta con ejemplares de *Acta Krausi*, el *Día Médico* y *Orientación Médica* con ponencias sobre la enfermedad. Y, recortes de distintos periódicos con notas publicadas sobre la Intervención al Instituto y el proyecto de la primera vacuna desarrollada en 1959 contra la enfermedad. Estos recortes, de los años 1962/63, pertenecen a los diarios *La Nación*, *La Razón*, *Clarín*, *Correo de la Tarde*, *El Mundo*, *La Protesta*, *La Prensa*, *Democracia*, *Noticias Gráficas*, *Boletín del Día*, *La Opinión*, *Presente*, *La Verdad*, de Junín, *La Razón*, de Chivilcoy, *El Día*, de La Plata, y las revistas *Primera Plana* y *Así*.

### Archivo del Dr. Héctor Antonio Milani

Héctor Antonio Milani era bioquímico en Junín, en los años '50, cuando comenzaron a registrarse los primeros casos de la virosis. Se desempeñó como Jefe de Laboratorio del Centro de Investigación y Tratamiento de la Fiebre Hemorrágica

Argentina, con sede en el Hospital de Junín<sup>23</sup>. Este Centro fue el organismo de mayor envergadura abocado, especialmente, al tratamiento de los enfermos y a la prevención durante el período 1950-1963. En su archivo personal conservó una copia de su tesis sobre la virosis hemorrágica en la que aporta valiosos datos sobre la primera etapa en la historia de esta enfermedad (1950-1962). También una copia mecanografiada de una ponencia<sup>24</sup> sobre el segundo proyecto de vacuna<sup>25</sup>. Y, artículos publicados en el *Journal of Medical Virology* y *Ciencia e Investigación*.

### Archivo del Instituto de Enfermedades Virales Humanas “Julio Maiztegui”<sup>26</sup>

En 1964 la fiebre hemorrágica se extendió afectando la zona de Pergamino (Prov. de Buenos Aires). Al año siguiente, se instaló en la pequeña ciudad el Dr. Julio Maiztegui, con el proyecto de desarrollar un Instituto de investigación y atención de los enfermos, en plena zona epidémica<sup>27</sup>. El grupo dirigido por Maiztegui desarrolló fundados trabajos de investigación; cabe mencionar como jalones fundamentales la demostración de la utilidad del plasma de convaleciente como tratamiento específico (1974/78) y la visualización del virus Junín en seres humanos (1974). El centro de Pergamino, con el liderazgo de Maiztegui, logró constituirse en un ámbito de investigación, tratamiento y prevención, articulando los trabajos científicos con los médicos de la región. Se convirtió en Instituto Nacional, sede de un Programa de prevención y tratamiento y, con la firma del convenio internacional ARG/78/009 posibilitó el desarrollo de la vacuna Candid I, que actualmente se aplica en el área epidémica.

Este centro, desde 1965 y, por iniciativa de Maiztegui, conservó toda la documentación vinculada a la actividad del Instituto. Valiosas fuentes inéditas se encuentran archivadas como cartas intención y convenios sobre la implementación del Programa Nacional de Prevención y Lucha contra la FHA, el desarrollo de vacunas, particularmente la vacuna Candid, la construcción del actual laboratorio de producción de vacunas que funcio-

23 Para ampliar sobre el rol desempeñado por los profesionales que integraron este centro Véase Agnese, Graciela, 2011, *La Fiebre Hemorrágica Argentina, Imaginario y Espacio Rural 1963-1990*, Prohistoria ediciones, Rosario. Agnese, Graciela, 2013, “La Peste, los médicos y los peones, Primeros brotes de Fiebre Hemorrágica Argentina, población epidémica y práctica médica 1953-1958” en Álvarez, Adriana, Carbonetti, Adrián, *Fragments de la Historia de la Salud en la Argentina Rural*, Villa María, Eduvim – Editorial de la Universidad Nacional de Villa María.

24 Ruggiero, Héctor, Magnoni, Clemente, Guerrero, Lucía, Milani, Héctor A., Pérez Izquierdo, Fernando, Milani, Héctor L., “Evolución alejada de vacunados contra la Fiebre Hemorrágica Argentina con la cepa atenuada XJ Clon 3 – Estudio clínico, humoral e inmunológico 7 a 9 años después de su inoculación”, S/otros datos.

25 Esta vacuna fue conocida como XJ Clon 3 y, si bien si realizaron pruebas en humanos, debido a objeciones científicas dejó de aplicarse.

26 Monteagudo 2510, Pergamino (Prov. Buenos Aires)

27 Para ampliar sobre el accionar del Dr. Julio Maiztegui y el Instituto de Enfermedades Virales Humanas de Pergamino Véase Agnese, Graciela, 2011, *La Fiebre Hemorrágica Argentina, Imaginario y Espacio Rural 1963-1990*, Prohistoria ediciones, Rosario. Agnese, Graciela, 2007, “Surgimiento y Consolidación del Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio Maiztegui” 1964 – 1990” en *XI Jornadas Interescuelas/ Departamentos de Historia – Universidad Nacional de Tucumán, Facultad de Filosofía y Letras, Departamento de Historia*.

na en Pergamino y la conformación de la Asociación de Lucha contra la FHA<sup>28</sup>. Además, el Instituto registra, desde 1965, todos los artículos que se han publicado y se publican sobre la FHA, tanto en periódicos como revistas nacionales y locales.

En la actualidad este centro desarrolla trabajos de investigación sobre fiebres hemorrágicas, hantavirus, dengue, virus del Oeste del Nilo, virus de la encefalitis de San Luis y fiebre amarilla. Produce la vacuna Candid, plasma inmune para el tratamiento de FHA y reactivos de diagnóstico.

Instituto De Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio Maiztegui” (INEVH)



Fuente: *El Ciudadano*, Santa Fe, 2 de febrero de 2016, <http://www.elciudadanoweb.com/>

28 *Acta Constitutiva de la Comisión de Ética para evaluar las investigaciones que involucren a sujetos humanos que se realicen en el Instituto Nacional de Estudios sobre Virosis Hemorrágicas*, Pergamino, 1 de diciembre de 1986. *Acta de la Subcomisión de Vacuna* del 27 de abril de 1978. *A.L.F.H.A Asociación de lucha contra la FHA Proyecto de Estatutos. Carta intención firmada entre el Secretario de Estado de Salud Pública de la Nación, contralmirante médico Manuel Iván Campo y el Ministro de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires coronel médico (RE) Joseba Kelmendi de Ustarán. Convenio entre el Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de la Nación representado por el Secretario de Salud Pública Contralmirante Manuel Iván Campo y el gobierno de la provincia de Santa Fe representado por el Subsecretario de Salud Pública Dr. Néstor Aguilera Lammertyn*, 15 de marzo de 1978. *Convenio entre el Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de la Nación representado por el Secretario de Salud Pública Contralmirante Manuel Iván Campo y el gobierno de la provincia de Buenos Aires representado por el Ministro de Bienestar Social Cnel. Médico (RE) Joseba Kelmendi de Ustaranubn*, 15 de marzo de 1978. *Convenio entre el Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de la Nación representado por el Secretario de Salud Pública Contralmirante Manuel Iván Campo y el gobierno de la provincia de La Pampa representado por el Secretario de Salud Pública Tte. Cnel. Médico Walter Fernández*, 15 de marzo de 1978. *Convenio entre el Comando en Jefe de la Armada y la Comisión Cooperadora Pro-Construcción edificio para el Laboratorio de Alta Seguridad y Anexos, dependiente del Instituto Nacional de Estudios sobre Virosis Hemorrágica*, Pergamino, 21 de marzo de 1980. *Convenio entre el Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de la Nación representado por el Dr. Horacio Rodríguez Castells y el gobierno de la provincia de Córdoba representado por el Ministro de Salud Dr. Agustín Martín Uribe Echevarría*, 13 de julio de 1982. *Convenio entre el Ministro de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe y la Secretaria de Salud Pública de la Nación* 1987. *Convenio INTA - Ministerio de Bienestar Social referente al Plan de acción de la FHA*, 21 de junio de 1978. *Dictamen (sobre la XJ Clon 3) de la Academia Nacional de Medicina*, 30 de octubre de 1973. *Informe del grupo de trabajo designado para evaluar las acciones desarrolladas en nuestro país en la búsqueda de un antígeno específico contra la Fiebre Hemorrágica Argentina*, Buenos Aires, 27 de agosto de 1973. Kraly, Rita N de, *Trabajo de recopilación*, Pergamino. *Memoria Anual del INEVH 1984 y 1985. Nota enviada al Director Nacional de Institutos e Investigación Dr. Luis Pedro Mujica del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación por el Dr. Julio Maiztegui como Director del Instituto de Pergamino. Proyecto Arg/78/009/A/01/14.*

## El posible archivo del Dr. Julio Barrera Oro

El doctor Julio Barrera Oro formó parte de la Comisión Nacional Ad Hoc, designada por la gestión frondizista para indagar sobre la nueva virosis que concretó, entre otros importantes aportes, el aislamiento del agente etiológico. Continuó trabajando en el Instituto Malbrán sobre fiebre hemorrágica, logrando desarrollar la vacuna Candid.

Durante las entrevistas que le realizáramos comentó tener “muchas papeles” de sus trabajado vinculados con la enfermedad. Expresó su voluntad de dejarlos en algún repositorio de nuestro país. Sin embargo, el Dr. Barrera Oro falleció en Estados Unidos, en 2013, sin que su propuesta pudiera concretarse.

## Los Testimonios Orales

La contemporaneidad de la fiebre hemorrágica permitió el registro de testimonios orales. Es importante señalar que las entrevistas logradas no son historia, son testimonios que necesitan de la crítica, el análisis, el entrecruzamiento con otras fuentes históricas y la interpretación del historiador.

Estos testimonios orales completaron información proporcionada por las fuentes escritas, permitiendo comparar y criticar datos, ampliando las posibilidades interpretativas. Los relatos de los protagonistas -médicos, científicos, pobladores del área epidémica-, resultaron particularmente valiosos, contribuyendo a depurar información fáctica y, posibilitando abordar la cuestión del imaginario.

## El Imaginario de una enfermedad

Como sabemos una enfermedad es un evento a la vez biológico y social, que impulsa acciones en materia de salud pública o privada más o menos específicas<sup>29</sup> y pone en marcha la investigación científica cuyo propósito último será procurar aportar una solución definitiva. Este proceso involucra, también, a una determinada población aquejada por la dolencia, que verá afectada su existencia. Las condiciones de vida y de trabajo de la población del área epidémica pueden incidir o pueden ser afectadas por el desarrollo de la afección. Y, también, el proceso salud/enfermedad comprende la categoría del imaginario social.

El concepto de imaginario social ha sido propuesto por Cornelius Castoriadis en *La Institución Imaginaria de la Sociedad*<sup>30</sup>, en referencia a la actividad científica. “*Un imaginario colectivo se constituye a partir de los discursos, las prácticas sociales y los valores que circulan en una sociedad. El imaginario actúa como regulador de conductas (por adhesión o rechazo). Se trata de un dispositivo móvil, cambiante, impreciso y contundente a la vez. Produce materialidad, es decir, causa efectos concretos sobre los sujetos y su vida de relación, así como sobre las realizaciones humanas en general*” (Díaz, E, 1996, 11).

El imaginario social se constituye a partir de las coincidencias valorativas de las personas y, se manifiesta en lo simbólico (lenguaje) y en el accionar concreto entre los sujetos (prácticas sociales). Tiene la capacidad de adquirir independencia de los individuos y se instala en las distintas instituciones que conforman la sociedad. Es importante aclarar que no genera uniformidad de conductas sino que señala tendencias; y se forma de manera no consciente, desde las prácticas y los discursos. “*El Imaginario comienza a actuar como tal tan pronto como adquiere independencia de las voluntades individuales. Aunque, paradójicamente, necesita de ellas para materializarse. La gente, a partir de la valoración imaginaria colectiva, dispone de parámetros epocales para juzgar y para actuar*” (Díaz, E, 1996, 14).

Existen enfermedades cargadas de una condena moral como la drogadicción, el alcoholismo, la sífilis o la locura. Pero no ocurre lo mismo con otras dolencias. Así, no ponemos en duda la moral de un enfermo chagásico, cardíaco o diabético por el sólo hecho de padecer alguna de estas enfermedades. En la Edad Media el castigo de Dios se expresaba en las lacras del leproso; un imaginario negativo que derivó en la condena del enfermo. Los románticos concebían a la tuberculosis como una variante del amor. En las últimas décadas del siglo XX se conformó el imaginario del SIDA; un imaginario negativo que asoció el contagio con prácticas condenadas

29 Armus, Diego, 2002, *Entre médicos y curanderos*, Grupo Editorial Norma, Buenos Aires, pp.11

30 Castoriadis, Cornelius, 1993, *La Institución Imaginaria de la Sociedad*, Buenos Aires, Tusquets

socialmente como la drogadicción y cierto tipo de sexualidad. Las conductas que generó fueron el rechazo o la exclusión del infectado, quien además sentía y, lamentablemente, sigue sintiendo vergüenza o culpa y no se hace cargo del problema<sup>31</sup>. En nuestra cultura una enfermedad es vivida como una invasión despiadada y secreta hasta que se aclara su etiología y se logra un tratamiento eficaz<sup>32</sup>.

En la consideración de un imaginario es fundamental el análisis del discurso de personas individuales afectadas por la enfermedad (imaginario individual), de las concepciones expresadas en torno a la cuestión en los medios de comunicación y de las prácticas sociales en que se manifiesta<sup>33</sup>.

Con este marco teórico efectuamos el registro y análisis de distintos testimonios orales. Habitantes de O'Higgins, la pequeña localidad del Noroeste bonaerense, en la que se inició la primera gran epidemia de fiebre hemorrágica, a fines del verano de 1958: el dueño del almacén de Ramos Generales, en aquél tiempo, quien escribió al diario *La Razón*, para denunciar lo que estaba ocurriendo; vecinos que, para aquélla época, tenían edades que oscilaban entre los 11 a los 30 años; la enfermera -idónea- que trabajaba con el médico del pueblo y, el farmacéutico quien, en 1958, se desempeñaba como delegado municipal. A estos testimonios se sumaron entrevistas a pobladores del área epidémica registrados por periódicos y revistas como *Ocurrió! Y Gente*.

Se detectaron coincidencias referidas a la denominación inicial de la virosis como *la peste*, al miedo que sentían ante la enfermedad asociada a la muerte, la ausencia de temor al contagio que derivó en el no aislamiento del enfermo, la vinculación de la virosis con los roedores, la adopción de una medida preventiva fundamental como era la consulta al médico ante los primeros síntomas, la confianza depositada en los médicos del centro de Junín y del grupo de Pergamino dirigido por el Dr. Maiztegui, la no disposición a recibir la vacuna desarrollada por el equipo de Ignacio Pirotsky, la buena voluntad de recibir la vacuna desarrollada por el equipo del Dr. Parodi y la vacuna Candid que logró reunir a 7.559 voluntarios<sup>34</sup>. Coincidencias que permitieron reconstruir el imaginario de la fiebre hemorrágica. Un imaginario positivo, entendiendo como tal a aquél que se manifiesta en conductas que contribuyen a la prevención, al tratamiento y a la adecuada atención del enfermo.

### A modo de conclusión

La Historia se construye a partir de las fuentes. Quiénes intentamos ejercer el oficio del Historiador no dudamos en señalar la importancia de preservarlas y hacerlas disponibles para su utilización. Como ha señalado la UNESCO la adecuada organización de archivos garantiza el acceso a la memoria de los pueblos, al conocimiento de su desarrollo cultural, político y socioeconómico, al derecho a la información, contribuyendo a la consolidación de la identidad de los ciudadanos.

*“Nunca podrá ser bien conocida una situación histórica sin saber lo que la salud, la enfermedad y la muerte han sido durante ella”* (Babini, 2000,9). En el caso de la Historia de la fiebre hemorrágica argentina, como en tantos otros, sin el interés y la buena voluntad de alguno de sus protagonistas, valiosos documentos no hubieran podido ser hallados.

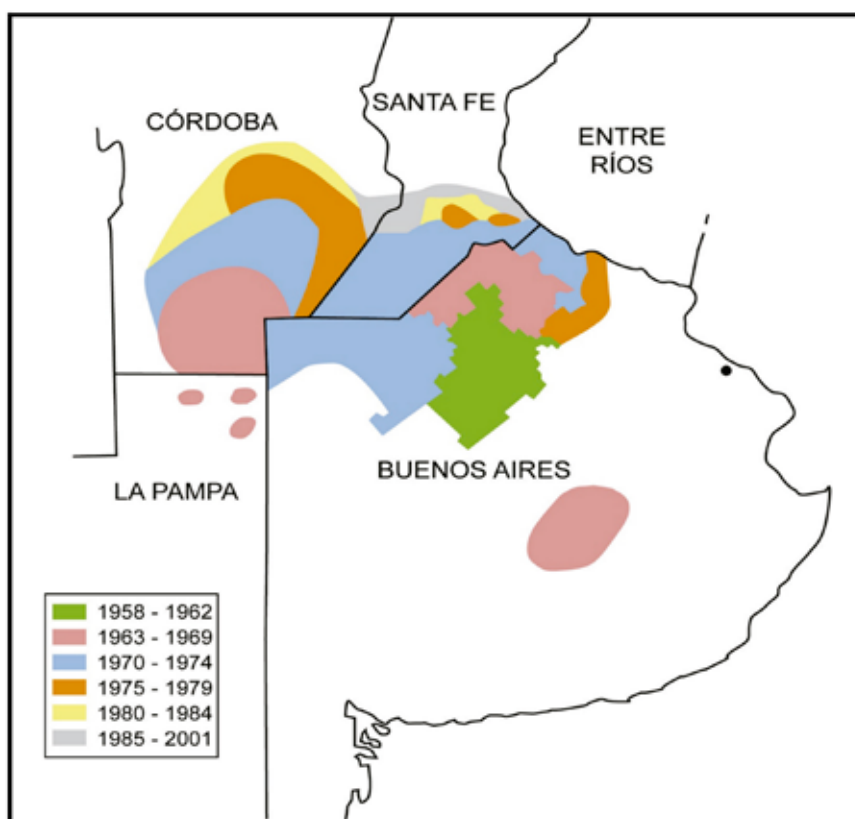
31 Díaz, Esther, 1996, *La ciencia y el imaginario social*, Biblos, pp. 243-245

32 Sontag, Susan, 2003, *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*, Taurus, Buenos Aires, pp. 13

33 Díaz, Esther, 1996, *La ciencia y el imaginario social*, Biblos, pp. 243-245

34 “Inoculación de voluntarios humanos con la vacuna Candid 1 de Virus Junín”, 1989, en *IX Reunión Anual del Programa Nacional de Lucha contra la Fiebre Hemorrágica Argentina*, Firmat, pp. 5, Archivo del Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio Maiztegui”, Pergamino.

## Extensión progresiva del área endémica de fiebre hemorrágica argentina



Fuente: Archivo del Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH)

## Bibliografía

- Adleson, S., Camarena, Mario, Iparraguirre, Hilda, "Historia social y Testimonios orales", en *Cuicuilco*, México, S/otros datos, pp. 68 a 74, consultado en [http://sitios.usac.edu.gt/admin\\_revindex/articulos/editor5-](http://sitios.usac.edu.gt/admin_revindex/articulos/editor5-), el 17 de julio de 2016. [r77\\_pi109\\_pfi119\\_ra1217.pdf](http://sitios.usac.edu.gt/admin_revindex/articulos/editor5-77_pi109_pfi119_ra1217.pdf), el 18 de julio de 2016.
- Añorve Guillén, Martha, 2007, "Archivos y Sociedad" en *Revista General de Información y Documentación*, 17, núm. 2, pp. 123-128, Centro Universitario de Investigaciones Bibliotecológicas, Universidad Nacional Autónoma de México consultado en [www.academia.edu/7385154/Archivos\\_y\\_sociedad](http://www.academia.edu/7385154/Archivos_y_sociedad) el 26 de julio de 2016.
- Armus, Diego, 2002, *Entre médicos y curanderos*, Buenos Aires, Grupo Editorial Norma.
- Babini, José, 2000, *Historia de la medicina*, Barcelona, Gedisa.
- Castoriadis, Cornelius, 1993, *La Institución Imaginaria de la Sociedad*, Buenos Aires, Tusquets.
- De Garay, G., 1999, "La entrevista de historia oral: ¿monólogo o conversación?" en *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 1 (1). <http://redie.uabc.mx/vol1no1/contenido-garay.html>, consultado el 18 de julio de 2016.
- Delgado, Fanny, 2002, "Algunas anécdotas sobre las peripecias de los archivos de Jujuy. Reflexiones sobre la legislación y valoraciones sobre su importancia como patrimonio cultural" en *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, núm 18, San Salvador de Jujuy, Universidad Nacional de Jujuy Consultado en [www.scielo.org.ar/pdf/cfhycs/n18/n18a11.pdf](http://www.scielo.org.ar/pdf/cfhycs/n18/n18a11.pdf) el 21 de julio de 2016
- Díaz, Esther (editora), 1996, *La Ciencia y El Imaginario social*, Buenos Aires, Biblos.
- Franco, Marina, Levín, Florencia, 2007, "El pasado cercano en clave historiográfica" en Franco, Levín (Comp.), *Historia reciente. Perspectivas y desafíos para un campo en construcción*, Buenos Aires, Paidós.
- Granada-Juesas, Juan, 1989, "Archivos históricos generales: el Archivo General de Simancas" en *Acta Htspanca ad MedictnaeScentzarumqueHzstonamIllustrandam*. Vol. 9, pp. 55-67, consultado en <http://ddd.uab.cat/pub/dynamis/02119536v9/02119536v9p55.pdf>, 26 de julio de 2016.
- Metler, Norma, 1970, *Fiebre Hemorrágica Argentina: conocimientos actuales*, N° 183, Washington, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Pirosky, Ignacio, Zuccarini, Juan, Molinelli Wells, Ernesto y otros, 1959, *Virosis Hemorrágica de Noroeste Bonaerense*,

- Buenos Aires, Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, Instituto Nacional de Microbiología, Buenos Aires.
- Prins, Gwyn, 1994, "Historia oral" en Burke, Peter (ed.), *Formas de Hacer Historia*, Madrid, Alianza Universidad.
- Rodríguez de Romo, Ana Cecilia, "La importancia de los documentos originales para el historiador" en *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía Médica*, 14 (1), pp. 23-25 consultado en [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx) el 10 de junio de 2016.
- Ruggiero, Héctor , Magnoni, Clemente, Nota, Nora, Milani y otros, Héctor A., Pérez Izquierdo, Fernando, Maglio, Francisco, Astarloa, Laura, González Cambaceres, Carlos, Milani, Héctor L., Besuschio, Santiago, 1982, *Fiebre Hemorrágica Argentina*, Buenos Aires, El Ateneo.
- Sontag, Susan, 2003, *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*, Taurus, Buenos Aires.
- Vilanova, Mercedes, "La Historia presente y la Historia Oral", 1998, en *Cuadernos de Historia Contemporánea*, N° 20, pp. 61-70

## Los enfermos de lepra en contextos de confinamiento

*Irene Delfina Molinari*

En estos momentos en que la humanidad está alerta por distintas epidemias, me pareció interesante volver a mirar las investigaciones que había desarrollado en torno a la lepra y en particular, en torno a los enfermos y enfermas que la padecieron en Argentina.

Mi acercamiento a esta enfermedad lo hice a través de la historia socio cultural de la salud y la enfermedad, donde intenté articular las políticas públicas, las acciones de la población sana que obstaculizaron las medidas implementadas por el Estado, los avances en las investigaciones médicas y su puesta en acción y las experiencias, conflictos y discriminaciones del y hacia el enfermo de lepra. Si bien se viene trabajando en la Argentina en la historia sociocultural de la enfermedad, sin embargo poco hemos abordado el tema desde la perspectiva de los enfermos y enfermas.

Existe un consenso general que en el caso de las epidemias, los Estados deben tomar medidas urgentes y extraordinarias. Pero ¿cuál es el énfasis que se pone en la salud de la población en caso de enfermedades contagiosas y cómo se activan las soluciones? A la hora de tomar medidas ¿cuál es el trato hacia los enfermos? y los sanos ¿qué rol juegan? ¿Hay diferencias en la profilaxis y control de las enfermedades infectocontagiosas entre ricos y pobres, entre mujeres y hombres?

Si nos remitimos a la lepra en la Argentina, a principio de siglo se dimensionó la enfermedad como un problema cuando los higienistas la relacionaron con el peligro y degeneración de la raza, con la introducción de inmigrantes no deseados, cuando se la asoció a pueblos incivilizados. Pero sólo cuando la lepra llegó a las puertas de las clases acomodadas y se introdujo silenciosamente en el seno de sus hogares, fue que los actores del Centenario comenzaron a pensar que era necesario ocuparse del problema. La lepra se había salido de su habitual dominio: *los desheredados de la fortuna*.

De modo que, en este artículo abordamos la rutinización, los sentimientos, conflictos, resistencias y miedos de los enfermos y enfermas de lepra, confinados en los sanatorios colonias.

### **La Ley de profilaxis contra la lepra y los sanatorios- colonias**

La primera ley de profilaxis y tratamiento de la lepra, sancionada en 1926, priorizó medidas draconianas al igual que otros países de la región (Colombia y Brasil) o países como Noruega que fue tomada de ejemplo por nuestros legisladores y cuyo máximo símbolo lo constituyeron los sanatorios-colonias. El espíritu de la ley permitió que se persiguiera al leproso antes que a la lepra, en un contexto donde las ideas eugenésicas cobraron una dimensión significativa. Pero también, la formación liberal de los médicos y el secreto profesional retrasaron la denuncia del enfermo o de ser sospechoso de serlo. Más tarde cuando se habilitaron los sanatorios-colonias también se sostuvieron sobre postulados “medievales”, pues a costa de la libertad del enfermo acentuaron la desmembración de la familia y la discriminación.

A mediados de los años treinta, el Departamento Nacional de Higiene (DNH), confesaba que estaba lejos de una *solución aceptable*. El Dr. Miguel Sussini<sup>1</sup>, presidente del DNH, sostenía que a pesar de contar con una ley especial y fondos suficientes, la construcción de los leprosarios del interior seguían generando resistencias,

<sup>1</sup> Con la llegada de Agustín P. Justo, se designa presidente del DNH al cirujano Dr. Miguel Sussini. Nacido en Corrientes en 1876, se graduó en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires en 1902. Fue médico del Hospital Álvarez y profesor suplente de Clínica Quirúrgica entre 1913 y 1928. En 1926 fue elegido diputado nacional (conservador) por la provincia de Corrientes. Ver Veronelli, Juan C. y Veronelli Correch, Magalí, (2004) *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*, OPS, Bs. As.

cuando *no la hostilidad de las poblaciones a beneficiarse*.<sup>2</sup> Sin embargo, había ciertos grupos de la sociedad que estaban a favor de la instalación de los sanatorios-colonias y solicitaban la inmediata habilitación de los mismos, pues las construcciones sin terminar corrían *el riesgo de derrumbarse de viejas, antes de prestar servicio*.<sup>3</sup>

Para entonces, el DNH había examinado 244 personas, incluidos los familiares y convivientes, domiciliados en la Capital Federal.<sup>4</sup> Estas cifras de enfermos eran relativas, pues la Argentina seguía sin contar con un registro de morbilidad, obteniendo sus datos en forma indirecta, a través de los certificados de defunción. Esto traía serias dificultades para establecer la situación real de las enfermedades infecciosas como la lepra, debido por un lado, a la falta de una nomenclatura precisa; por otro, a que los médicos cambiaban intencionalmente los diagnósticos, para evitar a la familia ciertos trastornos, como las desinfecciones en el domicilio del enfermo, generalmente ineficaces o la imposibilidad de realizar ciertas prácticas religiosas.

Hacia fines de la década del treinta el Departamento Nacional de Higiene daba preferencia a la lucha contra las enfermedades de carácter endémico, especialmente el paludismo, por la gran cantidad de enfermos a causa de dicha enfermedad.

De manera que al finalizar el año 1938, el DNH contabilizaba 327 denuncias de nuevos enfermos de lepra, siendo 34 los fallecidos, mientras que el número total de personas afectadas y registradas por el mal de Hansen ascendía a 3.579 en todo el país.<sup>5</sup>

Con la llegada a la presidencia de Roberto M. Ortiz (1938/1942) y en razón del aumento de los casos de lepra, se aceleraron y finalizaron las construcciones de la mayoría de los sanatorios-colonias.

### **Inauguración de los sanatorios-colonias**

El gobierno de Roberto Ortiz dio cumplimiento finalmente y después de doce años, a la ley 11.359, con la finalización y habilitación de los sanatorios-colonias. Las construcciones eran de dos tipos: uno económico, como en Posadas, provincia de Misiones y en Francisco del Chañar, provincia de Córdoba y otros más costosos, como en la Isla del Cerrito y más tarde, en General Rodríguez, provincia de Buenos Aires.

En el presupuesto, el Poder Ejecutivo preveía para los sanatorios-colonias la instalación completa de consultorios y laboratorios; pabellones de policía y penados, autopsias, hornos crematorios y de basuras; lavaderos y cocinas.<sup>6</sup> Además, se preveía partidas para las remuneraciones a los enfermos capacitados en tareas tales como las de jardineros, quinteros, ayudantes de enfermeros, maestros, lavanderas, modistas, costureras, planchadoras, peluqueros, peones de cocina, de patio, entre otras labores.<sup>7</sup> De esta manera, los enfermos cumplirían un rol fundamental en el mantenimiento y sostén del sanatorio-colonia.

El primer establecimiento que se habilitó fue en 1939 en Posadas, dándole el nombre de Pedro Baliña. Tenía una extensión de 24 hectáreas y su capacidad era para 140 enfermos.<sup>8</sup>

El segundo leprosario fue habilitado en Córdoba.<sup>9</sup> En esta provincia existía el Asilo del Perpetuo Socorro, donde asistían a las mujeres, mientras los hombres eran asistidos en San Vicente, con deficiencias notables (Noble y Soler, 1936, 80). En marzo de 1939 el DNH inauguró el Sanatorio-colonia en San Francisco del Chañar, con

2 *Memoria* del DNH, año 1935, pp. 104 y 105

3 "Otra vez el Leprosario" en *Estampa Chaqueña*, Semanario Gráfico de la Vida Chaqueña, Año VII, Nro. 300, Resistencia, octubre 5 de 1935, p. 1

4 *Memoria* del Ministerio del Interior, período 1/05/1935 al 30/04/1936, Bs.As., Imprenta del Congreso Nacional, 1936, p. 304.

5 Informe del Dr. José J. Puente, "Lepra", en Suplemento del *Boletín Sanitario* del DNH, Bs.As., mayo de 1939, pp. 222/224.

6 *Boletín Sanitario* del DNH, año 1939, p. 187.

7 Sesión del 2 de setiembre de 1938, *Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores de la Nación (DSCSN)*, Tomo II, Bs.As., 1939, p. 6.

8 *Boletín Sanitario*, N° 4, Año II, DNH, año 1939, p. 271.

9 Informe del DNH, en *MMI*, período 1/05/1938 al 20/02/1939, Bs.As., Imprenta del Congreso Nacional, año 1939, pp.344/345.



el nombre de José J. Puente. Estaban presentes el titular de dicha repartición, el Dr. Miguel Sussini, diferentes funcionarios nacionales, provinciales y municipales.<sup>10</sup> Sussini recordó la colaboración del Director del Consejo de Higiene de Córdoba, el Dr. Francisco de la Torre, en la búsqueda del terreno logrando vencer los múltiples inconvenientes que solían encontrarse para la ubicación de estos establecimientos.<sup>11</sup> El sanatorio se levantaba en un terreno de 981 hectáreas, situado en el Departamento de Sobremonte. Además, se bastaba asimismo, puesto que los principales productos para la alimentación del personal y de los internos serían producidos en la misma colonia.<sup>12</sup>

En cuanto al Sanatorio-colonia de General Rodríguez la construcción se hallaba avanzada y aunque se preveía la habilitación en 1939, se demoraría tres años más.<sup>13</sup>

En lo que respecta al Sanatorio-colonia en la Isla del Cerrito, el autonomismo correntino había obstaculizado su habilitación. La Asociación Fomento del Chaco y Formosa había solicitado al Presidente de la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales, Dr. Lozano, la urgente habilitación del leproario, pues *se escucha y hay que decirlo con dolor, la voz de los políticos interesados en perturbar la magnífica obra emprendida por la Comisión*.<sup>14</sup> La nota era reproducida por la *Voz del Chaco*,<sup>15</sup> en contraposición con la de los órganos periodísticos de la vecina capital, que habían impedido la habilitación del leproario. Al mismo tiempo, el cuerpo médico de Resistencia, ante la sanción de la ley sobre la denuncia obligatoria de las enfermedades transmisibles, había solicitado en tiempo del presidente Agustín Justo, la inmediata habilitación del Sanatorio.<sup>16</sup>

Finalmente, el 31 de marzo de 1939 se inauguró el Sanatorio-colonia Maximiliano Aberastury en la Isla del Cerrito, presentado como el *triumfo de la ciencia contra los resabios de la barbarie*.<sup>17</sup> Por el protocolo invitaron a los miembros del gobierno chaqueño y correntino, aunque las autoridades correntinas no se presentaron en la ceremonia, marcando de esa manera su disconformidad por la instalación del Sanatorio.<sup>18</sup> El acto fue presidido por el Dr. Sussini, quien resaltó la importancia y el énfasis en la salud más que en la enfermedad.<sup>19</sup> El Dr. Juan Parola<sup>20</sup> quedaría provisionalmente a cargo de su dirección.

10 En la ceremonia estuvieron presentes el Ministro de Obras Públicas de la Provincia, Ingeniero Antonio Medina Allende; el presidente del Consejo Provincial de Higiene, Dr. Guillermo V. Stuckert; el director de la Sección Dermatovenereológica del DNH, Dr. José J. Puente; el director del Leprocomio de Posadas, Dr. Juan Parola, el subjefe de Profilaxis del Consejo Provincial de Higiene, Dr. Jerónimo Sappia; el diputado Nacional Juan Carlos Agulla; el profesor Dr. Pablo Arata y Dr. Rafael Garzón, el Intendente Municipal Don Ramón Loza, y numerosas personalidades y familias.

11 Debido a la exaltación del vecindario local, el Jefe Político de Sobremonte, debió pedir refuerzos al Ministerio de Gobierno de la provincia, para mantener el orden. Unos meses después, en la Legislatura provincial fue muy reñida la votación para la aprobación de la construcción del Sanatorio. Ver *La Prensa*, 30/11/1935 y 24/03/1936. Consultar el *Boletín Sanitario* del DNH, 1939, pp. 149/157.

12 *La Nación*, lunes 13 de marzo de 1939, p. 16.

13 Mensaje del Presidente de la Nación Roberto Ortiz, sesión del 11 de mayo de 1939, *DSCSN*, Tomo I, Bs.As., Publicación del Cuerpo de Taquígrafos del Senado de la Nación, 1939, p. 13

14 La Comunicación tenía el título "A favor de la habilitación de la Colonia Nacional de Dermatósicos "Dr. Maximiliano Aberastury", *Revista El Chaco*, Agosto-Setiembre de 1935, pp.3 /5.

15 *La Voz del Chaco*, "Debe ser habilitado el leproario de la isla del Cerrito", Resistencia, Viernes 6 de diciembre de 1935, p. 1.

16 *La Voz del Chaco*, "Urge la habilitación del Leprosario del Cerrito", Resistencia, Miércoles 7 de octubre de 1936, p. 1.

17 *El Noticioso*, Corrientes, marzo 30 de 1939. La inauguración fue cubierta con grandes titulares en primera página de los diarios e incluyendo los discursos completos del Dr. Sussini y Parola. Ver *El Noticioso*, Corrientes, viernes 31 de marzo de 1939, p. 1. También, *Estampa Chaqueña*, Semanario Gráfico, Resistencia, 4 de marzo de 1939, p. 1.

18 Estuvieron presentes en el acto el Secretario de la Gobernación del Chaco, el Obispo de Resistencia, el Intendente Municipal de Resistencia; jefes militares y numerosas personalidades y familias del territorio y la provincia.

19 Discurso del Dr. Miguel Sussini, en *Boletín Sanitario* del DNH, 1939, pp. 158/171

20 Parola era un especialista en las campañas contra la lepra, unía un dominio y conocimiento de la enfermedad, tanto en sus fases clínicas como en sus modalidades epidemiológicas. Organizó y dirigió el leprocomio de Posadas, hizo lo propio con el de San Francisco del Chañar.

### Quienes habitaban en los sanatorios-colonias. La estigmatización sobre los enfermos de lepra

De los sanatorios-colonias inaugurados en el país, los más importantes y emblemáticos fueron el Aberastury en la Isla del Cerrito, provincia del Chaco y el Baldomero Sommer, en General Rodríguez, Provincia de Buenos Aires. También ambos fueron los más resistidos para ser habilitados.

Estos establecimientos alojaron en su mayoría a los sectores más pobres y vulnerables, lo que hizo que los propios internados asociaran la lepra con la pobreza. Como relataba Adolfo, un enfermo negativizado *el que tenía plata 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.*<sup>21</sup> Las personas pudientes tuvieron otras posibilidades y recursos principalmente económicos, que impidieron que las segregaran e internaran en los sanatorios. Esta situación generaba en los enfermos indignación, tristeza y miedos racionales e irracionales. Estos miedos se ponían al descubierto en la medida que los más sanos y sin lesiones visibles no se acercaban a los más deteriorados o bien, los que recién llegaban al sanatorio no se arrimaban a los internos, pues *era como identificarse con el enfermo*, asumir que era un leproso.

¿De dónde provenían los enfermos? La mayoría de los internados eran 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.<sup>22</sup>

Generalmente, los enfermos 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. Generalmente y en particular en las zonas rurales, carecían de un tratamiento adecuado y de una medicación que tendiera a aminorar la enfermedad. Adolfo relataba que *en caso de que me hubieran hecho un tratamiento precoz, en ese momento existían las sulfonas, podría haber evitado las secuelas y no hubiera llegado a tener las manos así.*<sup>23</sup> Si bien en las grandes ciudades como Rosario o Buenos Aires, 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.

Al mismo tiempo, los *leprosos* fueron objeto de numerosas ignominias de parte de la sociedad sana que no midió las palabras ni las acciones cuando se trató de su preservación. Así la lepra fue denominada: plaga, el Mal, la cloaca de la república, tara tóxica, apetosa endemia, haciendo extensivo esas denominaciones al enfermo: ropa sucia, fieras, repugnantes, parásitos, débil, tarado. La palabra leproso y lepra sirvió para denigrar personas y situaciones.

La carga discriminatoria sobre los internados también se evidenció en la forma en que se organizaron los sanatorios-colonias, pues estaban divididos en zonas limpias y sucias: el personal médico y administrativo trabajaba o vivía en la zona *limpia* y separada de la zona *sucia* donde residían los enfermos rodeados por alambres olímpicos y tejido de púas.

Si se entraba a la zona de los enfermos, se contaba con dos pequeños edificios denominados vestuarios: uno para hombres y otro para mujeres, donde debían dejar su ropa, colocarse guardapolvos y guantes y recién podían entrar. Cuando salían volvían a hacer el procedimiento inverso. Para que se respetara esta norma, había jefes de zonas que recorrían el predio. En general, casi todas las tareas eran cubiertas por los propios enfermos: el lavadero, el comedor, mantener el predio, cultivar la huerta, criar a los animales para el consumo del propio Sanatorio.

21 Adolfo sostiene que así pensaban la mayoría de los enfermos, de los cuales un grupo durante los años cincuenta y sesenta organizaron una serie de protestas para mejorar sus condiciones en los sanatorios. Adolfo fue internado a fines de la década del cincuenta en el Sanatorio Sommer, tenía 16 años. En la actualidad vive en la casa que se construyó en el predio del Hospital y sigue trabajando para la Institución. Entrevista realizada en el año 2008.

22 Ver Ministerio del Interior, Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, Sanatorio Colonia Buenos Aires, *Registro de Internados*, s/d.

23 Le faltan las falanges de los dedos. En este caso, pese a que su madre lo llevó tempranamente al médico, no tuvo ningún tratamiento durante nueve años, más que el aislamiento en su domicilio. Luego, fue enviado a un leproario en Recreo y posteriormente trasladado al Sommer. Las sulfonas fue la medicación que se empezó a utilizar a partir de los años cuarenta, con grandes resultados para el enfermo.

En cuanto a las enfermeras, la función la cumplían las monjas Franciscanas Misioneras de María. Eran enfermeras calificadas, con experiencia en África, China, Brasil y el norte argentino, bajo la tutela de un padre de la Orden.<sup>24</sup> También los enfermos realizaban tareas de enfermería y trabajaban en el Hospital como idóneos.<sup>25</sup> Con los años se realizó un curso de reconversión para otorgarles el título de enfermeros.

Las visitas a los enfermos se realizaban a través de un tejido; si llovía o hacía frío tenían una sala pequeña, que también estaba dividida con un tejido de alambre, no pudiendo tener contacto físico entre el sano y el enfermo.

Los primeros años en estos establecimientos fueron severos para los internados, pues no tenían *salidas, ni bar, ni proveeduría, ni lugar de recreación* (González Moreno, 1999, 162). En el Sommer, el cura párroco era quien los comunicaba con el exterior al traerles distintos encargos como golosinas, frutas, ropa interior, lápices de labios, colonias, cremas. Una comunidad que comenzaba a demandar nuevas necesidades, además de los tratamientos para curarse.

También, el compromiso del padre con los enfermos iba más allá de lo permitido por la legislación. Como la ley 11.410 prohibía el matrimonio entre *leprosos* o entre un enfermo y un sano, el padre les proveía un certificado de salud a aquellos que deseaban casarse. Esto le valió al padre un sumario donde se le asentó la falta cometida.

Los Sanatorios contaban también con una cárcel para quienes cometían delitos dentro del mismo, como también para presos enfermos traídos de otros lugares. Los delitos eran por peleas entre los enfermos, a veces se emborrachaban y en algunas ocasiones hubo muertos en las refriegas.<sup>26</sup> Otro motivo para ser detenidos era el contrabando. En el Sommer, especialmente se contrabandeaba alcohol. Se escapaban del Sanatorio a través de un hueco del alambrado y volvían con la *maleta cargada*.<sup>27</sup> Tiempo después, se permitió la entrada de vino y se controló a los ebrios.

De modo que, las colonias llegaron a tener alrededor de mil internados como el Sommer o el Aberastury, hombres y mujeres jóvenes que no podían salir del predio. Adolfo explicaba que era *muy difícil gobernar un pueblo de mil personas, cuando uno era de Formosa, otro de Tucumán, otro de Misiones, Corrientes, distintas culturas, todos pobres, todos con sus costumbres y venir a internarlo acá, que tenía un inodoro, un baño...*<sup>28</sup> personas que en su propia vivienda carecían de los elementales servicios sanitarios, con idiosincrasias diferentes, con una carga emocional fuerte, desarraigado de su familia y de su terruño. *La gente era conflictiva, éramos conflictivos...* sostenía Adolfo.

Por eso, los directores tuvieron una compleja tarea para administrar y gobernar el universo heterogéneo de los sanatorios. Desde combatir los prejuicios hacia la enfermedad del propio personal y de los mismos enfermos hasta los conflictos y resistencias de los internados como de la propia comunidad adyacente al Sanatorio.

### Las enfermas y las políticas eugenésicas

En cuanto a las mujeres enfermas debemos relacionarlo con la eugenesia que irrumpió en la escena política, social y científica. Hubo intensos debates sobre el concepto de enfermedad y sobre lo normal y anormal, la herencia y la degeneración de la raza. El planteo de la eugenesia permitió legitimar medidas para proteger a la población sana a costa de los derechos de los enfermos. Fue así que en los años veinte, en la Argentina, la interrupción del embarazo era permitida en caso de peligrar la vida de la madre pero también, aunque muy discutido, por razones de eugenesia y orden social. La lepra no había sido contemplada como una causa capaz

24 El padre Prochazka era de origen checoslovaco y todo un *personaje* en la Colonia. Entrevista al Dr. Julio Torres, médico del Hospital Sommer, luego director. En el 2008 era responsable del área de investigación y docencia del Hospital Sommer, Gral. Rodríguez, 23 de abril de 2008.

25 Adolfo, entrevista citada.

26 Para estos casos, en el Sanatorio Sommer se trasladaba un Juez de Mercedes y en el Aberastury, uno de Corrientes, le realizaban un sumario al culpable, cuya pena era encerrarlo en la cárcel del Sanatorio. Los jueces no estaban autorizados a darles otro destino.

27 Adolfo, entrevista citada.

28 Adolfo, entrevista citada

de justificar esta práctica, de hecho la ley 11.359 no había previsto nada al respecto. Aunque había fuertes discusiones sobre si la lepra era hereditaria o no, había un relativo consenso sobre las condiciones de vida deplorables de las mujeres enfermas y el destino de los niños al nacer –sanos o enfermos- como un problema serio a considerar.

Si bien la ley lo prohibía, se sugería a los enfermos que si contraían enlace lo hicieran previa esterilización de la mujer, mientras que el hombre se le permitía el uso de sus facultades sexuales. También era frecuente el aborto en mujeres enfermas de lepra en los hospitales públicos. Así el Estado justificaba el aborto y la esterilización cuando se trataba de una persona enferma de lepra, de sexo femenino e indigente.<sup>29</sup>

En los años sesenta y para las enfermas internadas en las colonias, a propuesta de las mismas mujeres fueron esterilizadas.<sup>30</sup> 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, administrado por el Patronato de Leprosos de la República Argentina. 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...*<sup>31</sup> Ciertas mujeres preferían la esterilización, al dolor que sentían por separarse de sus hijos y también quizá evitar el sentimiento de culpa si les transmitían la lepra.

### Los trastornos psicológicos del enfermo y la indefensión de los internados

Esta enfermedad por ser infectocontagiosa y de la piel, creó sobre el enfermo el sentimiento que había sido atacado *inadvertidamente*, por falta de cuidado, de limpieza o de llevar una vida licenciosa, lo que trajo una serie de acusaciones y autoacusaciones sobre su conducta y modo de vivir. Además, las disfunciones sexuales en el hombre y tal vez en la mujer, provocadas por la medicación y por factores psicológicos, comprometía la propia personalidad del enfermo.<sup>32</sup> Por ello la enfermedad era vivida como un castigo y tendía a que el enfermo pasara por diversos estados de ánimo: dolor, rabia, impotencia y desesperación (Torres Hildebrandt, 2000, 16). De igual modo, pero con un criterio inverso los hacía creer que la sociedad lucraba con ellos al segregarlos, con lo cual les modificaba el carácter y en ciertos casos los tornaba irascibles.<sup>33</sup>

Un tema frecuente lo constituía la indefensión de los enfermos. En este sentido, una de las cuestiones más recurrentes era la apropiación de bienes y dinero de los enfermos por parte de los familiares o personas a cargo de custodiar sus bienes.<sup>34</sup> En razón de ello, la Asesoría Legal del Patronato de Leprosos tendió en parte a solucionar estas cuestiones en el radio de la Capital Federal y Rosario, siendo problemático la situación de los enfermos alojados en los sanatorios más alejados.

Así ser enfermo de lepra y pobre era condición suficiente para perder el status de ciudadano, sujeto de derechos constitucionales. El enfermo dejaba de decidir sobre sí, al igual que un condenado por razones delictivas. De esta manera, el individuo poseedor de una enfermedad contagiosa (incluso con una de bajo índice de contagio como la lepra) rápidamente se lo rotulaba como una amenaza, un enemigo público y por lo tanto, era necesario 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.

29 Conferencia del médico Alberto Peralta Ramos “Lepra y embarazo. ¿Puede estar justificada la interrupción artificial de la gestación y la esterilización definitiva?”, en *La Semana Médica*, Año XXXV, N° 42, Bs. As., octubre de 1928. Este médico era profesor titular de Clínica Obstétrica y miembro de la Academia de Medicina.

30 En 1964 los nacimientos fueron 8 y en 1965 tan solo 2. Ver Walsh, Rodolfo “La isla de los resucitados”, en Walsh, R. (1995) *El violento oficio de escritor*. Obra periodística 1953/1977, edición Daniel Link, Bs.As. Planeta, pp.167/168.

31 Walsh, R. , op.cit., pp.169

32 Ponencia presentada por Maguna, Walter y Delgado, María del Rosario, “Fundamentos Hipotéticos para la Psicoterapia en enfermos de lepra”, publicada en *Leprología*, Vol XII, N° 1, enero-junio de 1967 p. 40

33 Ponencia presentada en la Tercera Conferencia Panamericana: Agosto, Alberto “La asistencia social del Leproso en la Provincia de Buenos Aires”, en *Memoria de la Tercera Conferencia Panamericana de Lepra*, p.325

34 Uno de los casos planteados fue una enferma de la Colonia Aberastury. Denunciaba que el encargado de cobrarle los alquileres y luego remitírselos, se “los cobra y gasta sin pertenecerle ese dinero”. Carta de Máxima Rojas al Gobernador del Chaco, Isla del Cerrito, Octubre 11 de 1948.

## Resistencias individuales o protestas colectivas

Ahora bien, frente a la falta de los derechos de los enfermos por parte del Estado y de la sociedad, los internados no fueron sujetos pasivos, sino que comenzaron a reconstruir sus derechos mediante resistencias individuales o colectivas.

Así, los reclamos protagonizados por los enfermos se generaron al poco tiempo de la habilitación de los sanatorios y fueron varios y de distinta índole: protestas y huelgas por la provisión de agua potable, por la falta de medicamentos y nuevas medicinas como el Promín y Soluthiazamida, por la desratización de las Colonias, por el aumento del peculio que recibían por el trabajo que realizaban.

También, los enfermos realizaron huelgas de hambre y reclamos sucesivos por la mejora en la alimentación. En algunas ocasiones hasta tiraron *la comida frente a la administración*. Era poca, *no se lavaban las ollas y en el desayuno salía con restos de fideos, grasa, con lo que sea... los bichos dentro del pan*.<sup>35</sup> En cambio, los médicos y el personal administrativo, tenían sus propios cocineros y una comida relativamente mejor. Años después y para aquellos que poseían su vivienda en el predio se le dio lo que se le llamó *en crudo*, una serie de alimentos que se componían de verduras, hortalizas, carne y leche, entre otros.

Otra forma de resistencia, en este caso individual, eran las fugas del Sanatorio, en su mayoría de los hombres. Era un problema recurrente y constante, dado que los enfermos se negaban a ser institucionalizados. Al estar internados, generalmente, perdían el contacto con su familia y no la podían sostener económicamente, con lo cual las fugas eran una práctica habitual.<sup>36</sup>

Una disposición que fue resistida por los internos fue la construcción y funcionamiento de los crematorios en el predio de los Sanatorios. La medida fue adoptada porque se pensaba que aún muertos, el enfermo seguía contagiando. Sin embargo y después de numerosas protestas lograron que se los enterrara en el Cementerio.

En el caso del Sommer, los niños, hijos de leproso, que fallecían en la Colonia Mi Esperanza eran traídos al Cementerio del Sanatorio. En este sitio los fallecidos estaban divididos *eternamente*. Aún en la actualidad se pueden divisar en el centro del mismo predio, las cruces blancas y muy altas correspondientes a las tumbas de las monjas y los sacerdotes. Mientras los enfermos están distribuidos en las márgenes del camposanto, con una placa de madera sobre el piso de la tumba, que los identifica.<sup>37</sup> Si bien no sabemos cuál fue el criterio seguido, tal vez se debió a una concepción basada en las jerarquías, o tal vez, en la inmortalización del prejuicio al contagio.

Otra cuestión que se presentaba en los Sanatorios era el exceso de varones con respecto a las mujeres. Factor que favorecía a las jóvenes al momento de la elección de una pareja; podían seleccionar a los hombres según lo relata una enferma entre *los más fuertes, los que trabaja(ban) y (tenían) un rancho*.<sup>38</sup> La sexualidad merodeaba el lugar y debió ser un elemento de disputa entre los hombres. Una tradición que impugnaba las relaciones sexuales sin la bendición de Dios, pero un encierro que estimulaba y empujaba a los “desenfrenos”, a ganarle la batalla a la soledad.

A medida que en los sanatorios-colonias aumentaba la cantidad de enfermos, los inconvenientes y conflictos también crecían y se complejizaban. Por eso y si bien las autoridades de los Sanatorios comenzaron a solicitar más *agentes* de policía para custodiar a los enfermos, al mismo tiempo se fueron flexibilizando las medidas disciplinarias. Esto evidencia la imposibilidad de los Directores y del personal, de controlar una población numerosa, con costumbres y modalidades disímiles, cuyas demandas se acrecentaban con el paso del tiempo y se agravaban con la imposibilidad de salir del establecimiento.

Después de varios años de encierro y prácticamente rotos los lazos externos para la mayoría de los internados,

35 Enfermo internado en el Sanatorio Aberastury. Entrevista realizada por la Mg. Susana Delgado, s/f.

36 Carta del Director Dr. Miguel Baldino y del Administrador Indalecio Bustinguy, al Sub Comisario a cargo de la Comisaría Barranqueras, Don Juan R. Aguilar, Nota Nro. 79/48, Isla del Cerrito (Chaco), 11 de febrero de 1948

37 El cementerio aún se conserva en el predio, pudiéndose observar desde lejos las cruces blancas. Visita al mismo en setiembre de 2008.

38 Reportaje que le hace R. Walsh a una enferma del Sanatorio Aberastury, citado en Walsh, R., op. cit., p.170.

los enfermos comenzaron a organizar su tiempo libre. Se hicieron canchas de fútbol, básquet, tenis, canchas de bochas, se inauguraron clubes y círculos de ajedrez, se armaron obras de teatro con los mismos enfermos.

Al mismo tiempo, la necesidad de volver a ser sujetos de derecho, personas con entidad, a intentar construir los lazos con el exterior, los llevó a los internados a publicar sus propios periódicos y revistas, donde se volcaban las distintas actividades, las denuncias y protestas para mejorar las condiciones en el Sanatorio o informaciones de otros sanatorios del país o fuera del territorio.

Por lo tanto, el aumento poblacional, su concentración y reclusión por largo tiempo o de por vida en los sanatorios-colonias, implicó nuevas demandas que no solo estuvieron relacionadas con pedidos individuales, sino que el tejido social que se fue construyendo fue reclamando otras necesidades relacionadas con la convivencia, la sexualidad, el trabajo, con la comunicación, en fin con la rutinización de la vida diaria en un contexto de confinamiento. Paradójicamente fueron factores que favorecieron a los enfermos para organizarse en defensa de sus derechos. A su vez, significó para muchos un corte definitivo con el pasado. Por eso, cuando el enfermo tuvo la posibilidad de salir en los años setenta, después de haber estado internado veinte o treinta años, se aferró a ese mundo que lo mantenía relativamente protegido. Para los Directores debió de constituir un problema difícil de abordar y que demandó soluciones que en muchas ocasiones iban más allá del orden médico.

Esta situación de subordinación y de resistencia da cuenta del proceso de ampliación de la ciudadanía social, en lo que se llamó el derecho a la salud (Armus, 2005, 94). De modo que las distintas estrategias de los enfermos abonan la idea de ser sujetos activos en una relación de subordinación y en un proceso de ampliación de la ciudadanía social, como sostiene Diego Armus.

En los años sesenta las nuevas terapéuticas comenzaron 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.

### Algunas consideraciones

Las experiencias de los enfermos de lepra, nos hacen reflexionar sobre la importancia de contar con políticas públicas que centren su mirada en la prevención y cuidado del enfermo, como ciudadano con plenos derechos.

Del mismo modo, la necesidad de implementar políticas educativas públicas para poner en conocimiento a la población sobre dichas enfermedades con un criterio racional y así disminuir los miedos y prejuicios sobre lo que se desconoce.

Finalmente y como una reflexión metodológica, una historia sociocultural de la enfermedad es necesario que contemple la perspectiva de los enfermos, teniendo en cuenta que existe una diferenciación en las experiencias, intereses, subjetividades, representaciones y necesidades entre mujeres y hombres, enfermos y sanos, y agregaría niños y niñas, frente a la enfermedad.

### Bibliografía

- Álvarez, Adriana y Carbonetti, Adrián, 2008, *Saberes y prácticas médicas en la Argentina. Un recorrido por historias de vida*, EUDEM, Mar del Plata.
- Armus, Iego (comp) *Avatares de la medicalización en América latina 1870-1970*, Lugar Editorial, Buenos Aires, pp.94
- Barrancos, Dora “Moral sexual, sexualidad y mujeres trabajadoras en el período de entreguerras”, en Fernando Devoto y Marta Madero *Historia de la vida privada en la Argentina. La Argentina entre multitudes y soledades. De los años treinta a la actualidad*, Tomo III, Buenos Aires, Taurus.
- Belmartino, Susana, 1987, *Instituciones de salud en la Argentina liberal, desarrollo y crisis*, Secretaria de Ciencia y Técnica, Buenos Aires.
- Di Liscia, María Silvia y Salto, Graciela, 2004, *Higienismo, educación y discurso en la Argentina (1870-1940)*, UNLP, Santa Rosa.
- González Moreno, María Luisa, 1999, “Semblanza del Padre Joaquín Prochazka”, en *Revista del Hospital Baldomero Sommer*, Vol. 2, Nro. 3, pp.162/166.
- Molinari, Irene, 2005, “Los desheredados de la vida: el primer Sanatorio-Colonia para enfermos de lepra”, *Revisa de Historia*, Dpto. Historia, Vol. I, Año I, Facultad de Humanidades, UNDP. Mar del Plata
- Noble, E. y Soler, A, 1936, *La lepra, problema social*, Patronato de Leprosos de la República Argentina, Rosario.

- Obregón Torres, Diana, 2002, *Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colombia*, Banco de la República, Bogotá.
- O'Lery, María de las Mercedes, 2007, "Aportes acerca de la relación iglesia-eugenesia en Argentina (1930-1940), en Vallejo, Gustavo y Miranda, Marisa (comp.) *Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*. Siglo XXI, Bs. As., pp.365/375
- Torres Hildebrandt, Julio "Reseña Histórica del Hospital Nacional Baldomero Sommer", en *Revista del Hospital Nacional Baldomero Sommer*.

# Vida cotidiana y familiar en el ingreso de la gripe española a la Argentina. Fines de 1918

*Adrián Carbonetti, Dolores Rivero y María Laura Rodríguez*

## Introducción

En 2018 se cumplirán 100 años de un fenómeno entendido como la última gran pandemia a nivel mundial, por lo menos en lo referido al número de defunciones que generó. Se estima que entre 30 y 40 millones de personas murieron como consecuencia de la gripe española, enfermedad que había comenzado su recorrido en Estados Unidos para luego trasladarse hacia la Europa en guerra, extendiéndose luego a una gran cantidad de países.

No obstante haber producido una alta mortalidad a escala planetaria, este suceso biológico y social ha sido bastante olvidado por la literatura histórica a nivel nacional e internacional<sup>1</sup>. Específicamente en América Latina, donde el desarrollo de la historia social de la salud y la enfermedad es más reciente, el tratamiento historiográfico de la “gripe española” parece ser aún más desolador. Sólo existen algunos trabajos puntuales: en Brasil, sobre algunas ciudades como São Paulo<sup>2</sup>, Bahía<sup>3</sup> y Belo Horizonte<sup>4</sup>; en México sobre Puebla<sup>5</sup> y México DF<sup>6</sup>; Colombia<sup>7</sup>, Uruguay<sup>8</sup> y Argentina<sup>9</sup>. En la mayoría de los casos, los referidos estudios comenzaron a desarrollarse a partir del progreso de la gripe AH1N1 en 2008-2009 que, por su impacto a nivel mundial, comenzó a suscitar un interés creciente por la pandemia que se desplegó 90 años antes, aproximadamente<sup>10</sup>.

La gripe española arribó a la Argentina a fines de octubre de 1918. Su recorrido fue bastante caprichoso, pues ingresando por el puerto de Buenos Aires a través del vapor “Demerara” comenzó su trayectoria por la ciudad, se extendió luego a la provincia del mismo nombre, mientras se expandía simultáneamente por provincias centrales como Córdoba y Santa Fe. Pasó, asimismo, por la región mesopotámica del país afectando a las provincias de Entre Ríos y Corrientes, mientras al mismo tiempo ingresaba en las provincias cuyanas para luego pasar a al noroeste.

En términos de mortalidad, el primer brote no generó consecuencias demasiado impactantes en relación a lo que representaría la posterior etapa de la epidemia. Entre el 22 de octubre y el 7 de noviembre de 1918 provocó 2.237 muertes, mientras que en el segundo pico epidémico -entre abril y septiembre de 1919- generó 12.760 muertes. En total, la epidemia de gripe española dejó un saldo de 14.997 defunciones<sup>11</sup>.

Claro que, como se mencionó con anterioridad, la dolencia afectó a la población no sólo desde el punto de vista epidemiológico; también perturbó la vida de los argentinos desde otras perspectivas. En el plano económico

1 CIECS- CONICET y UNC. [acarbonetti2001@yahoo.com.ar](mailto:acarbonetti2001@yahoo.com.ar)

2 CIECS- CONICET y UNC. [doloresriv@gmail.com](mailto:doloresriv@gmail.com)

3 CIECS- CONICET y UNC. [correodelaura80@hotmail.com](mailto:correodelaura80@hotmail.com)

4 Esta tendencia se constata en Sobral, Lima, Castro y Solveira e Sousa (2009).

5 Ver Bertolli (1986) y Bertucci (2004).

6 Ver Cruz de Souza (2009).

7 Ver Torres Silveira (2007).

8 Ver Cuenya Mateos (2010).

9 Ver Márquez Morfín y Molina del Villar (2010) y Molina Villar (2013)

10 Ver Martínez Martín, Ospina Díaz, Manrique-Abril y Meléndez Álvarez (2009); Martínez Martín (2013); Ospina Díaz, Martínez Martín y Herrán Falla (2009).

11 Ver Serrón (2013).



impactó fuertemente sobre el Estado, que debió movilizar recursos humanos y desarrollar estrategias tendientes a proporcionar herramientas para la cura y prevención de la enfermedad. Asimismo, determinó una baja en la producción del país, ya que muchos talleres de Buenos Aires tuvieron que cerrar durante el período de crisis sanitaria, hecho que repercutió sobre el sector de los servicios. Sin embargo, no podemos dejar de señalar que el brote de gripe fue también un factor que posibilitó el desarrollo y puesta en escena de productos que no circulaban en el mercado en momentos no epidémicos.

Tomando en consideración la esfera política, entendemos que la epidemia fue un elemento utilizado de múltiples maneras por los sectores que en ese momento no detentaban el poder para esgrimir fuertes críticas hacia el gobierno, tanto a nivel nacional, provincial como municipal y en diversos distritos argentinos.

Para la ciencia nacional, la gripe española se constituyó como una incógnita en muchos sentidos. Generó una fuerte confusión en la medicina y en el Estado, actores que se encontraron impotentes frente a una enfermedad que era desconocida y sobre la cual la academia médica tenía diferentes opiniones. Estas incertidumbres biomédicas repercutieron sobre las medidas que debía aplicar el Estado, tanto en lo referido a la cadena de contagio como en lo relativo a los tratamientos para combatir la enfermedad (Rivero y Carbonetti, 2016).

En otras palabras, la pandemia de gripe española ingresó al país suscitando cambios en los ritmos y rasgos de la vida cotidiana de la población, en su comportamiento, en el ámbito de la privacidad, pero también en el plano público.

### **El escenario de llegada: la Argentina al momento de arribo de la gripe española**

En mayo y junio de 1918 los periódicos argentinos comenzaron a dar noticias referidas a una extraña enfermedad que estaba haciendo estragos en España (La Nación, 6/6/1918), mientras se divulgaba que su desarrollo era consecuencia de la insuficiencia de artículos alimenticios para la dieta española. La misma fuente publicaba la noticia de la extensión de la dolencia hacia varios países de Europa y de lugares alejados entre sí, como Dinamarca y Portugal (La Nación, 16/6/1918). Sin embargo, nada decía este periódico acerca de los peligros que significaba para la salud de los habitantes de la Argentina la propagación de la pandemia hacia el sur del mundo. Es que la sociedad argentina no se ocupaba ni alarmaba por una enfermedad que se desarrollaba en los países europeos devastados por el hambre y la guerra; era una realidad lejana para el país no sólo por la distancia geográfica que mediaba, sino también por la creencia de que a nivel nacional existía cierto grado de inmunidad como consecuencia de la alimentación superior de la cual se gozaba gracias a la explotación de los recursos naturales.

La Argentina, a principios del siglo XX, se encontraba en pleno proceso productivo; en los mercados internacionales el país ocupaba un lugar central como abastecedor de materias primas, modelo impuesto por la elite dominante (Rofman y Romero, 1997) (Gerchunoff y Llach, 2010). La inmigración ultramarina a la que había apostado esta elite se había derramado por el territorio argentino, poniendo en producción gran parte de la tierra hasta ese momento escasamente trabajada y la población crecía a niveles nunca vistos (Devoto, 2003). Convergentemente, el ingreso de ese flujo de personas al país habría generado también consecuencias negativas: un movimiento obrero que no era fácil de ser disciplinado, delincuencia, desorden, problemas sanitarios y habitacionales en las grandes ciudades (Suriano, 2000,1). Por su parte, los aún larvados sectores medios de la sociedad-en gran parte formados por los hijos de los inmigrantes- se constituyeron como actores fundamentales para el desarrollo de dos fenómenos de gran importancia para la sociedad argentina: la llegada, luego de veinte años de lucha, de la Unión Cívica Radical al gobierno y la Reforma Universitaria (Persello, 2007), hecho que tuvo como epicentro la Universidad de Córdoba y que engendró cambios fundamentales en los estudios superiores argentinos y latinoamericanos.

En el escenario nacional reseñado, la pandemia que se producía del otro lado del Océano Atlántico era un problema que poco importaba al Estado argentino en un contexto donde eran otras enfermedades las que provocaban fuertes crisis sanitarias, como la tuberculosis, la viruela, etc.

### **Epidemia y vida cotidiana: de la tranquilidad a la alarma**

Mientras que en una gran parte del mundo la gran guerra y la gripe española habían generado un cambio en la cotidianeidad de la población, inicialmente en la Argentina esto no habría sucedido. Como no podía ser de

otra manera, los medios de comunicación tuvieron una fuerte impronta sobre esta tendencia; en el periódico “La Nación” -específicamente en una editorial publicada el 16 de octubre de 1918-se exponía una teoría que sostenía que la enfermedad que azotaba al mundo desde el otoño de ese año era simplemente la gripe común exacerbada por el hambre, las condiciones atmosféricas y por la aglomeración de tropas, todos ellos factores que determinaron una mayor agresividad de la dolencia. La Argentina (y en especial Buenos Aires) por su alimentación, clima y condiciones sanitarias, se encontraba ajena a esas variables y, por lo tanto, era imposible que la enfermedad llegara a nuestro país con tanta virulencia. De acuerdo a estas afirmaciones, el periódico sostenía:

*“Es entonces el caso de recomendar la mayor tranquilidad, ya que el nuestro no es un medio favorable a una epidemia maligna y, sobre todo, es necesario convencerse de que la única protección contra la influenza está en llevar una vida higiénica, en evitar las aglomeraciones y en atender debidamente otras afecciones que pueden servir de punto de apoyo a esta vieja conocida que, como la humanidad, tiene de cuando en cuando rachas homicidas (La Nación, 16/10/18)”*

Esta mirada volvía a ser expuesta por el diario el 18 de octubre de 1918, incluso luego de publicar la noticia de que 150.000 habitantes de la capital habían sido atacados por la gripe española. Se trataba de una enfermedad benigna que se había limitado a dolores de cabeza, musculares y a algunos catarrros; se observaba con optimismo que el pánico que se había desarrollado en los albores del brote había dado lugar a que la población se posicionara y “comenzara a burlarse de una enfermedad de moda y de sus efectos” (La Nación, 18/10/1918).

La confianza plasmada en la nota se basaba en un documento que había publicado la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires mediante el cual se daba cuenta de la inexistencia de una enfermedad grave en la urbe. En ese sentido, el diario expresaba: “como indicación para evitar que la nerviosidad del público lo lleve a tomar medidas contraproducentes, creen y aconsejan que es innecesario modificar el régimen actual de vida y que no existe ninguna ventaja en ingerir a título preventivo alcohol o sustancias medicamentosas como quinina o aspirinas” (La Nación, 18/10/1918). Las indicaciones de la Asistencia Pública nos inducen a pensar que ciertos cambios habrían comenzado a suscitarse en la sociedad a partir del desarrollo de la enfermedad, como en los hábitos relativos al consumo de ciertos productos que circulaban en la esfera privada. Muchas de estas tendencias de ingesta-cuyo objeto era eludir el contagio de la enfermedad o conseguir la cura- habrían estado vinculadas a la oferta colocada en los mismos periódicos (Carbonetti, 2013).

A partir de lo antes expuesto, podemos aseverar que a pesar del optimismo desplegado en el periódico, en la ciudad de Buenos Aires se iba configurando un ideal de vida cotidiana anclado en el cuidado frente a una enfermedad que amenazaba a la población. Las precauciones implicaban evitar los excesos-en especial el alcohol-, mantener la calma, evitar las aglomeraciones y continuar con los hábitos de costumbre.

Por su parte, el espacio público también se constituyó como un escenario en el cual se desarrollaron actividades poco convencionales y articuladas por las autoridades sanitarias, como el dictado de conferencias en plazas y escuelas públicas orientadas a informar acerca de medidas preventivas frente al desenvolvimiento de la enfermedad (La Nación, 18/10/1918).

La calma que se había impuesto en Buenos Aires comenzó a descomponerse en un lapso muy corto de tiempo; es que en el periódico comenzaron a aparecer noticias que daban cuenta de un recrudecimiento de la enfermedad. El día 24 de octubre, el diario La Nación hacía una crítica furibunda a las autoridades gubernamentales por las supuestas contradicciones en las que habían ingresado, ya que habían pasado de asegurar que se trataba de una enfermedad benigna (expuesta de esta manera por el periódico unos días antes) a advertir sobre una dolencia que colocaba bajo riesgo de muerte a una parte importante de la población. En la noticia se ponía el acento en las medidas draconianas que habían comenzado a generarse desde el estado nacional orientadas hacia la ciudad de Buenos Aires, sin mencionarlas: “Ayer, la actitud de esas autoridades ha sufrido un cambio casi violento (...). Y esas disposiciones son de tal naturaleza, tan severas en algunos casos, que no se diría sino que un terrible mal nos amenaza” (La Nación, 24/10/1918).

Como no podía ser de otra manera, la alarma empezó a hacerse sentir fuertemente sobre la sociedad que comenzó a atemorizarse frente a un flagelo casi desconocido por la ciencia médica. La agitación de la población quedaba plasmado en una pequeña noticia que publicaba el periódico el 26 de octubre:

*“El movimiento habido en la asistencia pública durante el día de ayer ha sido extraordinario, debido, más que a otra causa, a la alarma de cierto público.*

*En efecto; numerosas personas concurrieron a informarse sobre el desarrollo de la epidemia y las más a preguntar si era exacto que se habían aislado ciertos puntos de la ciudad (...)*” (La Nación, 26/10/1918)

A partir del temor que suscitó la gripe en gran parte de los ciudadanos, vinculado sobre todo a las medidas que comenzaron a articularse con el objetivo de prevenir/mitigar la enfermedad, es que, como veremos en las páginas siguientes, comienza una serie de mutaciones en la cotidianeidad de la sociedad porteña, en los niveles privado y público.

### **Entre conventillos, escuelas, cementerios y bares**

El 28 de octubre de 1918 el periódico exponía algunas reglamentaciones que el gobierno nacional y la municipalidad de la ciudad de Buenos Aires generaban para combatir el mal que azotaba a la población. Entre ellas se destacan, por ejemplo, aquellas relativas a los conventillos que, paradójicamente, eran elaboradas por la comisión del circuito 90 de la ciudad. Los encargados de éstas viviendas estaban obligados a denunciar toda enfermedad sospechosa, a lavar los patios por lo menos una vez al día, a llevar a cabo desinfección de los servicios, la matanza obligatoria de las ratas y a asegurarse de que las habitaciones, durante el día, estuviesen abiertas para ventilarse. Se encontraba prohibido terminantemente que en las piezas se tuviesen objetos colgados de las paredes, como así también que en ellas hubiese alguna clase de animal; todas las habitaciones que presentaran signos de suciedad deberían ser pintadas a la cal. Se debía vigilar el lavado de la ropa, prohibir reuniones de toda clase, recomendar los cuidados de la higiene personal-sobre todo a los chicos-; vigilar para que no se tuviesen frutas en las habitaciones, verduras u otros elementos destinados a la venta. En caso de haber enfermos, se recomendaba que recibieran pocas visitas, mientras que las personas que se encargasen de asistirlos debían tratar de no aproximarse a los demás habitantes de las casas (La Nación, 28/10/1918).

Sin lugar a dudas, todas las disposiciones mencionadas alteraban la vida cotidiana notoriamente, tanto las relaciones entre los vecinos que compartían el espacio habitacional como el núcleo familiar más íntimo. Si bien podemos pensar que las normas no necesariamente se cumplían, el sólo hecho de que se intentaran establecer generaba cierto recelo en la sociedad porteña, conjuntamente con una sensación de temor ligada a las noticias de la enfermedad en ciernes, en el marco de un escenario sanitario históricamente signado por el desarrollo constantes de epidemias.

Pero las regulaciones no sólo se circunscribían a los conventillos; el gobierno -con la intención de cortar la cadena de contagios-ponía el acento en el cuidado de otros espacios: se cerraban así las escuelas, las salas de espectáculos, se desinfectaban las iglesias, el transporte público (como tranvías y carros), etc (La Nación, 1/11/1918).

Una entrevista realizada a José B. Zubiaur por el periódico el 2 de noviembre de 1918, daba cuenta de la importancia y necesidad que, desde la perspectiva del docente, se imponía respecto al cierre de las escuelas y la clausura del año lectivo. El pedagogo observaba que *“Lo ya decretado por el ministerio respectivo y la generalidad de la epidemia reinante, así como los trastornos que ocasionan en los hogares estas situaciones azarosas e indecisas, prueban la necesidad de cerrar los colegios”* (La Nación, 2/11/1918). Por un lado, este personaje se refería a las dificultades hogareñas que implicaría el hecho de que muchos alumnos cayeran enfermos como consecuencia de la gripe. En este punto, cabe remarcar que conjeturamos que este análisis se encontraba orientado a la situación no de los sectores populares, sino de las familias de clase media y alta que tenían una fuerte impronta en la ciudad. Este supuesto se halla anclado en que, por otra parte, el entrevistado hacía alusión a las ventajas que traería consigo el cese de las clases en relación a una antigua estrategia articulada por los sectores sociales más acomodados cuando aparecía una epidemia: la huida a las zonas rurales: *“Tal resolución permitiría que numerosas familias se trasladaran inmediatamente al campo y hacia éste pudieran dirigirse, desde ahora, muchísimos escolares que irían a vivir con sus familiares y amigos”*. (La Nación, 2/11/1918).

Sin embargo, existía otra razón -de carácter clasista- por la que el educador abogaba por la suspensión de clases: era necesario, según Zubiaur, descongestionar la ciudad de Buenos Aires, ya que era anti higiénica. De acuerdo a su perspectiva, la falta de higiene era, específicamente, el resultado del desarrollo de los conventillos

y las casas de los obreros, *donde adultos y niños viven en promiscuidad malsana en pobres y reducidas habitaciones* (La Nación, 2/11/1918). En efecto, frente a una enfermedad desconcertante, de la cual sólo se conocía el mecanismo de transmisión<sup>12</sup>, la mejor opción para preservar la salud era el traslado de la ciudad, espacio que para muchos se constituía como una fuente de contagio a partir de los problemas higiénicos que generaban los conventillos, inquilinatos, el modo de vida de los sectores populares, etc. Estas miradas estaban relacionadas con la denominada “cuestión social”, concepto erigido por la elite dominante (Suriano, 2000).

De este modo, las estrategias de los distintos sectores del conjunto social quedaban expuestas: mientras algunos podían escapar de la ciudad, otros -cuyas condiciones socioeconómicas no les permitían tener acceso a las prestaciones médicas privadas y debían hacer interminables filas en los hospitales-no tenían más alternativa que permanecer en la ciudad bajo la amenaza de la epidemia.

La normativa que prohibía el desarrollo de reuniones implicó que se suprimiera la posibilidad de llevar a cabo la conmemoración del día de los muertos, que en la Argentina se celebra el 1 de noviembre todos los años. Esta festividad tiene un fuerte contenido simbólico, pues involucra la tradición familiar de recordar a los seres queridos mediante la visita en el cementerio: *“Las formas tradicionales de la piedad popular, que llenaban nuestros cementerios en los dos primeros días de noviembre consagrado al culto de los muertos, han tenido este año, que ceder a las medidas de emergencia tomadas por las autoridades sanitarias”* (La Nación, 2/11/1918). Ahora bien, el periódico relataba las dificultades que se suscitaron en los cementerios por la aglomeración de gente que, queriendo ingresar para llevar a cabo la conmemoración, era obstaculizada por la policía y los empleados municipales. Es que el gobierno no había difundido extensamente la noticia de la prohibición relativa a la festividad: *(...) las inmediaciones de los cementerios presentaron ayer un aspecto inusitado. Mucha gente ignoraba las medidas adoptadas por la municipalidad, por cuya razón concurrió en nutrido grupo a la necrópolis”* (La Nación, 2/11/1918).

De manera convergente, el diario ponía el acento en la composición de los visitantes de los muertos en su día: *“La concurrencia, en su mayoría compuesta por mujeres y niños, no sin protestar, se diseminó por las inmediaciones a la espera de turno para ocupar un asiento en los tranvías que en cada viaje volcaban nuevos visitantes”* (La Nación, 2/11/1918).

De esta forma observamos como la tradición quedaba también trunca; la celebración de un evento popular como era el día de los muertos (que implicaba una actividad de esparcimiento para la familia, donde -según el periódico- concurrían especialmente las mujeres y los niños) daba paso a protestas como consecuencia de la normativa sanitaria vigente tendiente a mitigar la gripe.

La crónica periodística relativa al tumulto en el día de los muertos nos lleva a sostener que la gripe era percibida y aprehendida de diferentes maneras. Un sector de la población, comprendida tal vez por el gobierno y los medios de comunicación (periódicos) que generaban una copiosa información, junto a los sectores que leían esos periódicos, eran quienes entendían a la dolencia como una amenaza inminente. Las familias de los sectores populares, que no habían tenido acceso a esa información, no observaban a la gripe española como un factor de peligrosidad para su vida, e incluso es posible que muchos la hayan ignorado por completo. Además de la desinformación, podemos suponer que las primeras miradas que circularon sobre el impacto que pudiera tener esta enfermedad “de carácter benigno” se instalaron en varios sectores de la población y en muchas familias que no modificaron su perspectiva sobre la amenaza que pudiera representar la dolencia.

Podemos conjeturar entonces, que si bien la epidemia implicó una situación crisis, en sí misma no cambió la cotidianeidad familiar ni social. En todo caso, habrían sido las medidas-en muchos casos desobedecidas o ignoradas-que promovió el Estado para controlar la situación sanitaria y preservar a la población las que terminaron por generar mutaciones en las esferas privada y pública.

12 Ver Carbonetti (2010); Carbonetti (2010); Carbonetti, Herrero y Rivero (2014); Carbonetti (2013).



Toda la prensa propala  
que la grippe es cosa mala.

La reticencia al cumplimiento de la reglamentación vinculada a la enfermedad y su relativización pueden apreciarse en una caricatura que era publicada por la revista *Caras y Caretas* el 26 de octubre de 1918:

La escasa preocupación por parte de buena parte de los porteños frente al desarrollo de la epidemia también puede constatar sea partir de la experiencia del cierre total y parcial de las salas de espectáculos de bares, cafés y restaurantes de la ciudad. En efecto, cuando comenzó el brote -a principios de octubre- una de las medidas impartidas por la intendencia municipal fue la clausura de las salas de espectáculos, hecho que motivó a los dueños de estos lugares recreativos a emitir una nota en la que advertían que, de mantenerse cerrados éstos establecimientos por largo tiempo, el público se volcaría a los bares y cafés “*sitios que por su capacidad, aeración e higiene están en condiciones muy inferiores a las salas de espectáculo*” (La Nación, 26/10/1918).

La situación se agudizó a principios de noviembre, cuando las autoridades forjaron otra ordenanza que disponía el cierre de los bares y cafés a las once de la noche. El periódico que estamos analizando emitía una opinión ciertamente desalentadora en relación a esta medida. Por un lado, observaba los cambios negativos que se generaban en la ciudad: “*Manzanas enteras, (...) aparecían tétricas, impresionantes, como si hubieran caído sobre la ciudad las más horribles calamidades, que demandasen a los habitantes de Buenos Aires, encerrarse en su casa*” (La Nación, 1/11/1918).

El periódico ponía énfasis en la ruptura de la cotidianeidad, de las costumbres de aquellos que asistían a estos lugares de esparcimiento de manera rutinaria; también hacía alusión a las percepciones familiares y al temor originado por el desconocimiento:

“*Es de imaginar la sorpresa con que serían recibidos en sus casas los noctámbulos recalcitrantes y el pánico que reinará desde anoche entre las familias que se imaginen, lógicamente, que el cierre de los cafés ha sido determinado en presencia de algo muy pavoroso que sólo el gobierno y las autoridades sanitarias conocen*” (La Nación, 1/11/1918).

Emisión menor. Año XXI, N° 1048. Bs As. 2/11/18. Pág. 44



En otra sección de la nota, el periódico criticaba abiertamente la medida tomada por el gobierno de la ciudad mediante una interrogación: “¿Qué bienes en ese sentido reportará el cierre de los cafés cuando se les permite permanecer abiertos durante diez y seis horas al día? ¿acaso el cocobacilo de Pfeifer es nochariego y ataca sólo de las once en adelante” (La Nación, 1/11/1918).

Además de cuestionar la reglamentación impuesta, el diario -a partir de una descripción sombría del estado de la ciudad- aportaba al acrecentamiento de un clima de tensión y alarma, posible de constatar a partir de los acontecimientos que se generaron posteriormente.

Es que si bien en un principio la resolución fue acatada, el día 1 de noviembre los parroquianos asistentes a los locales cerrados se declararon en contra de las medidas impuestas. En la denominada manifestación de las antorchas (título colocado por la revista Caras y Caretas)(...) *muchos de los concurrentes se reunieron (...) y resolvieron declararse en rebeldía, y después de breve deliberación, decidieron protestar por medio de una manifestación. Convenientemente pertrechados de velas, que adquirieron en los comercios próximos, se inició la manifestación (...) y a medida que avanzaba se agregaban a la columna nuevos manifestantes, a los que no eran ajena gente de teatro*”.

La consigna expuesta resulta muy interesante, pues da la pauta de la percepción acerca de la cotidianeidad trastocada y de la escasa relevancia que adquiría la enfermedad para aquellos que participaban de la movilización: “(...) *al frente de la asistencia pública los manifestantes se arrodillaban cómicamente mientras prorrumpían a los gritos de: “abajo la gripe” y “queremos alcanfor”* (La Nación, 2/11/1918).



**ESCENAS DE ACTUALIDAD:**

- Los trasnochadores en la marcha de las antorchas.

Estas manifestaciones dan cuenta de cierta realidad virtual que subyacía a la gripe española. Este escenario era, muchas veces, configurado en parte por la prensa y por las autoridades sanitarias que intentaban imponer determinadas medidas con el objetivo de frenar el avance de la enfermedad. Pero, como hemos visto, en sobradas oportunidades estas normativas eran ignoradas por la sociedad que veía, como consecuencia de una supuesta coacción, perjudicados sus derechos.

Podemos aseverar entonces que a pesar de que el pico epidémico que se dio en la Argentina en 1918 -y en especial en Buenos Aires- fue benigno, la cotidianeidad del conjunto social y de las familias se vio alterada. Tal vez, las mudanzas no se hallaron vinculadas directamente a la enfermedad en sí, sino a las estrategias que se articularon para mitigarla.

### **Consideraciones finales**

Las epidemias han sido asociadas a lo largo de la historia a situaciones de crisis, pues se constituyeron como catalizadores de tensiones que se hallaban en el seno del entramado social. Todas tuvieron una fuerte impronta en los individuos y, sin lugar a dudas, en las estructuras familiares. No obstante, la gripe española parece no haber generado esa sensación de espanto en la que muchos historiadores han puesto el énfasis cuando abordaron el desarrollo de diversas epidemias. Es que, como hemos visto, el ingreso de la dolencia en la Argentina no desencadenó automáticamente el terror en las familias bonaerenses, pero sí determinó cambios en las esferas pública y privada a partir de las medidas que se aplicaron -o intentaron aplicarse- desde el Estado para cortar la cadena de contagios.

Por un lado, las reglamentaciones estuvieron orientadas a higienizar los conventillos, espacios insalubres -según la perspectiva del mismo Estado- caracterizados por los malos hábitos de sus habitantes. Por tanto, las medidas impuestas necesariamente implicaban un cambio en las costumbres y prácticas de los moradores.

La interrupción de las clases fue, asimismo, una decisión tomada con el objetivo de frenar el contagio. Convergentemente, según relataba el periódico *La Nación*, se ponía énfasis en la importancia de esta medida, puesto que permitía que los alumnos pudieran salir de la ciudad (estrategia usual de los sectores sociales medios y altos frente a las epidemias) considerada un foco de infección.

No obstante el intento de articulación y aplicación de estas estrategias, las familias y gran parte de la sociedad en su conjunto continuaron con sus actividades cotidianas durante el desarrollo del brote de gripe. Una multitud que se volcaba a los cementerios en el día de los muertos, manifestaciones en contra del cierre de cafés, bares y salas de espectáculos, entre otros hechos narrados en las fuentes bajo estudio, nos dan el indicio de que la gripe española fue parte de una realidad construida por los mismos medios de comunicación (en este caso, el periódico *La Nación*) y por las autoridades nacionales y municipales. Es posible que buena parte de los lectores del diario se haya visto interpelada por las noticias que daban cuenta de la peligrosidad de la enfermedad, pero resulta imposible soslayar que muchos otros ciudadanos no vieron afectada su cotidianeidad por terror o preocupación frente a la gripe, sino como consecuencia de las medidas impartidas por los actores estatales ante el desarrollo de la dolencia.

## Bibliografía

- Benchimol, Jaime; Álvarez, Adriana; Carbonetti, Adrián; Carrillo, Ana María Bertolli (Filho), Claudio; Cruz de Souza Christiane María, et al., 2009, "A gripe de longe e de perto: comparações entre as pandemias de 1918 y 2009", *Revista Historia, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 16(4), 1067-1113.
- Bertolli, Claudio, 1986, *Epidemia e sociedade, a gripe espanhola no município de São Paulo*, Tesis de maestría, Universidade de São, Paulo São Paulo.
- Bertucci, Liene María, 2004, *Influenza, a medicina enferma*, Unicamp, São Paulo.
- Carbonetti, Adrián, 2010, "Historia de una epidemia olvidada. La pandemia de gripe española en Argentina. 1918-1919", *Desacatos*, 32, 159-174.
- Carbonetti, Adrián, 2010, "Política en época de epidemia: la pandemia de gripe en Argentina (1918-1919)", *Espaço Plural*, 22, 57-64.
- Carbonetti, Adrián, 2013, "Ofrecimiento de productos en épocas de epidemia. La publicidad en momentos de la pandemia de "gripe española" en Argentina, 1918-1919". En Miguel Ángel Cuenya Mateos y Rosalina Estrada Urroz (Eds.), *Enfermedad, epidemias, higiene y control social, Nuevas miradas desde América Latina y México*, Editorial de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, pp.147-166.
- Carbonetti, Adrián; Herrero, Belén y Rivero, María Dolores, 2014, "Políticas de salud frente a la gripe española y respuestas sociales. Una aproximación a los casos de Buenos Aires, Córdoba y Salta a través de la prensa (1918-1919)", *Astrolabio Nueva época*, 14(13), 66-96.
- Cruz de Souza, Christiane María, 2009, *A gripe espanhola na Bahia, saúde política e medicina em tempos de epidemia*, Fiocruz, Río de Janeiro.
- 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.
- Devoto, Fernando, 2003, *Historia de la inmigración en Argentina*, Sudamericana, Buenos Aires.
- Gerchunoff, Pablo y Llach, Lucas, 2010, *El ciclo de la ilusión y el desencanto. Un siglo de políticas económicas argentinas*, Ariel, Argentina.
- Martínez Martín, Abel Fernando, 2013, "La pandemia de gripe de 1918-1919 en Tunja y Boyacá, Colombia". En Miguel Ángel Cuenya Mateos y Rosalina Estrada Urroz (Eds.), *Enfermedad, epidemias, higiene y control social, Nuevas miradas desde América Latina y México*, Editorial de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, pp.167-180.
- Márquez Morfin, 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.
- Molina Villar, América, 2013, "México ante la pandemia de influenza de 1918: informes de salubridad y la prensa". En Miguel Ángel Cuenya Mateos y Rosalina Estrada Urroz (Eds.), *Enfermedad, epidemias, higiene y control social, Nuevas miradas desde América Latina y México*, Editorial de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, pp.181-204.
- Ospina Díaz, Juan Manuel; Manrique Abril, Fred Gustavo y Meléndez Álvarez, Bernardo Francisco, 2009, "Antes, durante y después de la visita de la «Dama Española» – mortalidad por gripe en Boyacá, Colombia, 1912-1927", *Varia Historia*, 42, 499-517.
- Ospina Díaz, Juan Manuel; Martínez Martín, Abel Fernando y Herrán Falla, Oscar Fernando, 2009, "Impacto de la pandemia de gripe de 1918-1919 sobre el perfil de mortalidad general en Boyacá, Colombia", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 16(1), 53-81.
- Persello, Ana Virginia, 2007, *Historia del radicalismo*, Edhasa, Buenos Aires.
- Rivero, María Dolores y Carbonetti, Adrián, 2016, "La «gripe española» en perspectiva médica: los brotes de 1918-1919 en la escena científica argentina", *Rev. Cienc Salud*, 14(2), 283-295.
- Rofman, Alejandro y Romero, Luis Alberto, 1997, *Sistema socioeconómico y estructura regional en la Argentina*, Amorrortu, Buenos Aires.



- Serrón, Víctor, 2013, *Epidemia y modernidad política: la influenza en Uruguay, 1918-1919*, Tesis de doctorado, Universidad Católica Argentina, Argentina.
- Sobral José Manuel; Lima, María Luisa, Castro, Paula y Silveira e Sousa Paulo, 2009, *A pandemia Esquecida, miradas comparadas sobre la pandemia de 1918-1919*, Imprensa de Ciências Sociais, Lisboa.
- Suriano, Juan, 2000, *La cuestión social en Argentina, 1870-1943*, La Colmena, Buenos Aires.
- Torres Silveira, Anny Jackeline, 2007, *A influenza espanhola e a cidade planejada. Belo Horizonte, 1918*, Argumentum, Belo Horizonte.

## Fuentes

- Anales del Departamento Nacional de Higiene de la República Argentina. [Vol. 26]. Buenos Aires. (1921).
- Caras y Caretas, 1918, “Profilaxis contra la gripe”, Año XXI, N° 1048, Buenos Aires, 2 de Noviembre de 1918, p. 33.
- Caras y Caretas, 1918, “La epidemia de moda”, Año XXI, N° 1047, Buenos Aires. 26 de Octubre de 1918, p. 45.
- Caras y Caretas, 1918, “Emisión menor”, Año XXI, N° 1048. Buenos Aires 2 de Noviembre de 1918, p. 44.
- Censo de población. Dirección General de Estadísticas y Censos, Córdoba. (1914)
- La Nación, 1918, “La epidemia desconocida”, Buenos Aires, 6 de Junio de 1918, p. 3
- La Nación, 1918, “Epidemia gripal (Portugal)”, Buenos Aires, 16 de Junio de 1918, p. 4
- La Nación, 1918, “La gripe no debe alarmar. Su presentación benigna”, Buenos Aires, 16 de Octubre de 1918, p. 2
- La Nación, 1918, “La gripe se acentúa su benignidad. Declaraciones oficiales”, Buenos Aires, 18 de Octubre de 1918, p. 2
- La Nación, 1918, “¿En qué quedamos? Contradicciones sanitarias”, Buenos Aires, 24 de Octubre de 1918, p. 3
- La Nación, 1918, “La salud pública. En la capital y en las provincias. Desarrollo de la gripe. Sin mayores alternativa”, Buenos Aires, 26 de Octubre de 1918, p.5
- La Nación, 1918, “La salud pública. En la capital y las provincias. La epidemia de gripe. Aparente declinación del mal”, Buenos Aires, 28 de Octubre de 1918, p.8
- La Nación, 1918, “Medidas preventivas”. Buenos Aires, 1 de Noviembre de 1918, p.11.
- La Nación, 1918, “Por las calles solitarias”. Buenos Aires, 2 de Noviembre de 1918, p.13.

## La historia hospitalaria. Importancia y potencialidad

Adriana Álvarez

Existen múltiples formas de abordar la historia social de la enfermedad, de las políticas públicas de salud, del cuerpo, de las instituciones etc. En ese sentido el abanico de fuentes documentales es múltiple y diverso, dependiendo del espacio temporal y territorial del cual se trate. Este artículo pretende poner en valor desde la micro historia, la importancia de los hospitales tanto como objeto de estudio pero también como espacio que puede aportar documentación muy valiosa, a la hora de emprender la comprensión sobre el pasado y sus calamidades, curas, muertes y recuperaciones.

Mirar el hospital desde lo institucional, no es abogar por estudios endogámicos e internistas, sino por el contrario es entenderlo “...como un órgano de la sociedad que comparte sus características, que cambia a medida que la sociedad de la cual es parte se va transformando...”<sup>1</sup> Por ésta razón, es necesario analizar su emergencia como su permanencia (o no) en el contexto histórico que lo rodea, entendiendo que las condiciones políticas, económicas, sociales, culturales juegan un rol importante a la hora de comprender esa dinámica institucional. Pues en muchos casos los hospitales son o fueron cajas de resonancias de situaciones que se dirimían en la arena política partidaria pero que se definían en estos espacios. Con lo cual su estudio no solo puede contribuir a entender lo que acontecía en materia médica, organizativa, etc. puertas adentro sino también a comprender el entramado de poder.

Variadas son las ópticas que podemos aplicar a la hora de escudriñar en la historia hospitalaria, una es la vinculación con el afuera en términos políticos pero también institucionales. La otra es hacia adentro, y ahí cobran importancia en términos de potenciales problemáticas susceptibles de ser investigadas, las profesiones, los profesionales, los enfermos, los fármacos, la investigación (en tanto espacio que ha servido para ampliar el conocimiento científico de ciertas enfermedades) , las relaciones de poder internas, entre el médico y el enfermo aspectos que conjuntamente con otros, permiten avanzar en la comprensión del desarrollo de las profesiones médicas y afines, de la enseñanza, de la asistencia y de la prevención, no como elementos aislados, sino como aspectos integrantes de realidades concretas de carácter social, económico, político y cultural.<sup>2</sup>

Este artículo tiene la doble finalidad de mostrar la importancia de las instituciones hospitalarias, sanatoriales, (ya sean públicas, benéficas o de colectividad) en la provincia de Buenos Aires, y por otro mostrar la riqueza de fuentes documentales con las que se pueden contar.

La estrategia es trabajar sobre algunos de los ejes que asoman con gran visibilidad a la hora de realizar este tipo de abordaje. Los ejes son:

- 1 La historia hospitalaria como aporte para entender la política sanitaria en general
- 2 La historia institucional como forma de avanzar en los aspectos ligados a la historia de la organización, planificación, dinámicas internas, prácticas médicas, praxis del discurso. Y también sobre aspectos menos estudiados como son las experiencias de los enfermos frente a la enfermedad.

1 ROSEN, G. (1985). El hospital. Sociología histórica de una institución comunitaria. En ROSEN, G. (1985). De la policía médica a la medicina social. Ed. Siglo XXI, Madrid. p. 316.

2 LOPEZ PIÑERO, J. M. (1975). Las nuevas técnicas de investigación histórico-médica. Discursode recepción en la R. A. de medicina de Valencia. Ed. Facta, Valencia. pp. 9-10.

En ambas instancias se realizará un recorrido por las fuentes documentales utilizadas.

La historia hospitalaria como aporte para entender la política sanitaria.

Excede a los objetivos de este trabajo, realizar un balance historiográfico y teórico sobre la cuestión hospitalaria. Pero es necesario señalar, que los pocos estudios realizados en la producción nacional se centraron mayormente (no únicamente) en los establecimientos psiquiátricos y lo hicieron muy influenciados por la teoría de Foucault entendiéndolas como instituciones de control social, donde los ‘controlados’ sólo aparecen representados en su carácter de sometidos por el accionar de las instituciones estatales: no son capaces de entender los sucesos que están viviendo ni tienen la habilidad necesaria para reaccionar individual o grupalmente frente a las instituciones que avanzan sobre ellos. Sin embargo, estudios más actuales muestran una realidad distinta y mucho más heterogénea.<sup>3</sup> Parte de ese beneficio se debe a que las miradas se hicieron más regionales y sectoriales. Estos estudios exponen diversas facetas de esas historias, por un lado el universo de concepciones que expresaban lo que estas instituciones debían ser, y por el otro muestra lo que estas instituciones realmente fueron o pudieron ser, no solo puertas adentro sino puertas afuera, interactuando con otros poderes como fueron el social y el partidario. Como en la mayoría de las problemáticas históricas, en el estudio de los hospitales hay que tener en cuenta que hay momentos muy marcados, el caso de la provincia de Buenos Aires, no es la excepción y al igual que la gran mayoría de las provincias argentinas las entidades de beneficencia ocuparon un lugar destacado en el cuidado de la salud de los habitantes desde el siglo XIX (y antes aun) y los primeros años del XX.

De hecho en la provincia de Buenos Aires, la cobertura hospitalaria se multiplicó en los últimos años del siglo XIX, de catorce hospitales que la provincia contaba en los años ochenta, en 1895 sumaban 37 es decir había aumentado en cifras absolutas a 23 establecimientos en 14 años, y de 37 se llegó en 1913 a 93, hubo un crecimiento absoluto de 56 establecimientos en un periodo de 19 años. Dicho incremento en buena medida se debió al fortalecimiento de las actividades benéficas en el interior provincial, que se venía perfilando desde la etapa anterior. Los principales aportes para el funcionamiento de estos establecimientos provenían de partidas presupuestarias otorgadas por el gobierno provincial y en menor medida de los aportes del gobierno nacional y de los municipios, no obstante el manejo de los mismos fue delegado a terceros y no asumidos desde el gobierno central.

Gran cantidad de los establecimientos de sanidad eran administrados y dirigidos por sociedades, corporaciones y/o comisiones de vecinos que eran las que se encargaban de propulsar la tarea de su mejoramiento y de la expansión sobre la base de recaudaciones obtenidas por la organización de fiestas, suscripciones, rifas, colectas y donaciones de los vecinos del lugar. Es decir el modelo implicaba el sostenimiento de las instituciones sanitarias mediante la protección de los poderes públicos y el esfuerzo de los vecindarios o bien de algunas sociedades de la Capital Federal que expandieron su acción a localidades de la provincia de Buenos Aires.<sup>4</sup>

Su presencia fue muy significativa, además de la Sociedad de Capital Federal, que tuvo a su cargo mayor cantidad de establecimientos que los que tenían el Estado nacional y provincial, existieron otras como:

- Sociedad de Damas de Misericordia (nació de un grupo disidente dentro de la Sociedad de Damas de la Caridad de San Vicente de Paul),
- Sociedad de Damas de Caridad,
- Consejo General de la Confederación de Señoras de San Vicente de Paul,

<sup>3</sup> Ernesto Bohoslavsky (2005) Uso (y abuso) de Foucault para mirar a las instituciones de castigo en Argentina, 1890-1930 *Cyber Humanitatis* N° 35 (Invierno 2005) Revista de la Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile ISSN 0717-2869

<sup>4</sup> Araoz Alfaro Gregorio La Higiene y la Sanidad Pública en nuestro país, en *La Semana Medica* Tomo de Cincuentenario 1º fascículo 1944p.520.

- Sociedad Escuelas y Patronatos,
- Obra de la Conservación de la Fe,
- Sociedad de Asilo de Huérfanos de Militares,
- Consejo Nacional de Mujeres,
- Sociedad Asilo Naval,
- Patronato de la Infancia,
- Asilo Dulce Nombre de Jesús,
- Sociedad Madres Argentinas,
- Sociedad Hermanas de los Desamparados,
- Sociedad del Divino Rostro,
- Asociación del Sagrado Corazón.

Además, ciertas localidades del interior bonaerense contaron con sus propias sociedades formadas por los vecinos más caracterizados del lugar, y en algunos casos como Mar del Plata, fueron los impulsores y creadores del primer hospital de la zona; lo mismo ocurrió en Olavarría donde la Asociación de Damas de Caridad, creó su primer hospital llamado San Vicente.

El siguiente cuadro es una expresión de lo dicho hasta ahora, en relación al rol de estas entidades en el manejo hospitalario del interior bonaerense.

**Cuadro 3.** Hospitales de la provincia de Buenos Aires, año de fundación y organismo de financiamiento

<b>Partido</b>	<b>Nombre del Hospital</b>	<b>Año de Fundación</b>	<b>Organismo de Financiamiento</b>
Lomas de Zamora	Casa de P de S Vicente de Paul	1890	SB
Mercedes	San José de la Divina Providencia	1892	SB
La Plata	Hospital de Contagiosos	1888	SB
La Plata	Asilo de Huérfanos	1888	SB
La Plata	Hospital Misericordia	1894	SB
San Nicolás	Hospital San Felipe	1863	SB
San Pedro	Asilo	1886	SB
San Vicente	Asilo San José	1892	SB
Nueve de Julio	Casa de Asistencia	1894	SB
Olavarría	Hospital Coronel Olavarría	1898	SB
Monte	Hospital Zenón Videla Dorna	1899	SB
Chascomús	Hospital San Vicente	1894	SB (S.V.de Paul)
Chivilcoy	Hospital de Chivilcoy	1887	SB – M
Exal. De la Cruz	Hospital San José	1896	SB - M

Luján	Hospital de N. Sra. de Luján	1892	SB – M
Magdalena	Hospital de Caridad	1894	SB – M – GP
Mercedes	Hospital de Caridad	1875	SB- M- GP
Ayacucho	Hospital Mixto de Ayacucho	1884	SB – M – GP
Dolores	Hospital San Roque	1878	SB – M – GP
25 de Mayo	Hospital de Caridad	1880	SB – M – GP
La Plata	Asilo Maternal	1888	SB – GP
La Plata	Hospital de Niños	1894	SB – GP
Gral. Sarmiento	Asilo	1889	SB- GN
Lobos	Hospital	1884	GP
La Plata	Hospital Melchor Romero	1884	GP
Bahía Blanca	Hospital Municipal	1889	GP – M
Rojas	Hospital General	1861	M
San Nicolás	Lazareto	1887	M
Azul	Hospital Municipal	1884	M
Balcarce	Hospital del Carmen	1888	M
Pehuajó	Hospital de Caridad Municipal	1891	M
Tandil	Hospital Municipal	1882	M

SB: Sociedad de Beneficencia

GP: Gobierno Provincial

M: Municipalidad

**Fuente:** Censo de 1914 (Tomo 1: 114).

Esta línea de análisis además de ser necesaria por los argumentos antes presentados, también es factible de realización puesto que el Archivo General de la Nación cuenta con un fondo documental de la Sociedad de Beneficencia<sup>5</sup>, donde se puede encontrar documentación correspondiente al funcionamiento de las instituciones dependientes de ella. Los documentos referidos por ejemplo a Instituciones Hospitalarias componen más 246 legajos<sup>6</sup>. Esta información se puede complementar con la de archivo procedente de la Administración Central de la Sociedad de Beneficencia (unos 300 legajos aproximadamente) como con las Memorias de la Sociedad que incluyen a su vez un resumen de cada una de las instituciones. En estos legajos se puede recrear la organización interna de los asilos y hospitales, las actividades médico asistenciales, la incorporación de especialida-

5 El 2 de enero de 1823, se crea la Sociedad de Beneficencia integrada por las damas porteñas de la época con el propósito de que administraran todas las instituciones que estuvieron a cargo de la Hermandad de la Santa Caridad.

6 Para la Provincia de Buenos Aires son:

Asilo Eduardo Pereda y Elena Oliver de Pereda ubicado en Luján.

Asilo y Colonia Saturnino Unzue Mar del Plata.

Asilo Estela Otamendi San Fernando.

Asilo General Martín Rodríguez Mercedes.

Asilo de Alienadas de Lomas de Zamora.

Asilo Obligado Bella Vista.

Sanatorio Marítimo Mar del Plata.

Solarium Mar del Plata.

Hospital de la llanura Vicente López y Planes.

des, las pujas entre las damas y los médicos, arquitectura hospitalaria, entre otras problemáticas

La documentación está organizada por institución y a su vez está dividida por legajos (compuestos por expedientes referidos a cuestiones de distinta índole, desde sumarios internos hasta planos de ampliación, licitaciones para la compra de aparatología médica) es decir la información es variada, y muy rica a partir de la cual se puede abrir un abanico de tópicos. Además de los legajos están los Libros de Entrada y de Defunciones, que cada hospital tiene de sus pacientes, información que es útil para analizar los aspectos demográficos de cada institución a partir de una tabulación que incluya:

- Día, mes y año de su defunción.
- Edad, lugar y causa de muerte.
- Lugar de procedencia (última dirección y/o destino).
- Otros datos: Padre – madre (vivos, fallecidos, desconocidos, enfermos, situación laboral, tipo de vivienda).

Pero como lo muestra el Cuadro 3 hubo otro tipo de establecimiento hospitalario diferente al organizado por las entidades de beneficencia que tuvo una gran importancia en el interior provincial, como fueron los dependientes de los municipios. Es decir que los municipios también fueron importantes actores en la conformación de las primeras instituciones sanitarias que dieron cobertura asistencial al interior bonaerense y que engendraron una trama institucional sanitaria diferente a la del orden nacional y a la capitalina que es indispensable abordarla en profundidad y con las complejidades propias que seguramente es portadora, pensando que se trata de la provincia más importante de la Argentina.

### **Los hospitales: Una mirada desde adentro hacia afuera**

El interior de la provincia de la Buenos Aires no ha gozado por parte de los historiadores de la salud y la enfermedad de la misma atención que los grandes núcleos urbanos o las ciudades portuarias. Sin embargo, desde otros planos de la historiografía nacional, aquella que centra el análisis en la historia política, se ha dedicado un capítulo especial al lugar que ocuparon los municipios y “la cuestión local” en la conformación del sistema político bonaerense en las primeras décadas del siglo XX. Entonces, a partir de estas lecturas, como de algunas investigaciones que han analizado la cuestión de la salud pública a nivel de ciertos municipios como puede ser el de General Pueyrredón, se pone de manifiesto la existencia de una dinámica regional propia, distinta a la de las ciudades importantes, que explicaría las condiciones de salud – enfermedad que se dieron en esas poblaciones no capitalinas. De manera tal, que de la mano de un proceso de municipalización bastante extendido donde los municipios fueron los motores de transformación de las localidades del interior provincial, se desembocó en una organización sanitaria basada en dos pilares: por un lado las Asistencias Públicas y por otro los Hospitales Municipales.

Dicho proceso que se había iniciado en la ciudad de Buenos Aires hacia fines del siglo XIX, en el interior de la provincia se inició levemente en el mismo momento acentuándose en las dos primeras décadas del siglo XX. Ello se debió a que para fines del siglo XIX, en el interior bonaerense el 52% de las prestaciones correspondían a establecimientos benéficos (Álvarez, 1996: 176) que eran aquellos hospitales que fueron construidos en su mayoría por la iniciativa de sociedades de beneficencia integradas por los vecinos más caracterizados de estos poblados. Este hecho marcó desde su origen mismo, una fisonomía basada en instituciones cuyos destinos eran manejados por grupos muy selectos y que en muchos casos no tenían relación con el mundo de la medicina, sino con el de una elite política y social del lugar, que se amparaba fundamentalmente en la concepción benéfica o filantrópica de la salud (Álvarez y Reynoso, 1995). Sin embargo, en los partidos de Rojas, San Nicolás, Azul, Balcarce, Pehuajó y Tandil existieron para un período temprano hospitales municipales. De estos poco y nada sabemos, y podemos inferir a manera de hipótesis que es posible que por lo menos en los casos de Azul no hayan surgido de manera directa como una obra municipal sino que el recorrido implicó pasar por una instancia previa ligada a la beneficencia privada que posteriormente pasó a ser financiada por el erario público y administrado por el municipio. De hecho podemos observar hospitales de doble dependencia (N-SB) y hasta de triple dependencia (M-SB-GP). De ser así, cabría por responder en éste como en otros casos del universo provincial qué rol jugaron en ese traspaso el fortalecimiento de las políticas municipales, ¿qué implicancia

tuvo la profesionalización de la medicina? ¿Cuánto de ello se debió a la radicación de médicos matriculados en estos partidos hasta entonces asistidos básicamente por curanderos? Estos interrogantes generan otros vinculados a cuestionarnos cómo fue y cuándo se operó un proceso de cambio en torno a la concepción de la salud pública en los pueblos fundados sobre la línea de frontera con el indio, y si las causas de mortalidad difirieron de acuerdo a la ubicación de las localidades.

También, el estudio de la configuración institucional y burocrática, está pendiente de ser abordada en forma sistemática. Elencos, cuadros intermedios, tipo de profesionales que conformaron las instituciones municipales son fundamentales, para comprender el rol que jugaron los hospitales en la arena política. Algunos casos, como el ya citado de General Pueyrredon, muestran a la Comisión de Vecinos que formaron el Hospital Mar del Plata, divididos entre conservadores, radicales y socialistas, haciendo de ese espacio una instancia de pugna de estas facciones políticas. Su estudio ayudó a comprender la emergencia de la Asistencia Pública municipal, lo que se desconoce es si esto fue un hecho puntual o respondía a un proceso más amplio, que solo será respondido en la medida que se sumen pesquisas en distintos partidos de la provincia.

No sólo los elencos municipales son necesarios de ser abordados, sino también los provinciales, ya que el entramado de relaciones entre el poder municipal y el poder central provincial, es aun embrionario. En este sentido, observar cómo se fue configurando el poder sanitario provincial, es una forma de visualizar dicho problema. El primer organismo del cual tenemos noticias es el Protomedicato instalado el 17 de Agosto de 1780. Se trataba de un organismo de diversas y complejas funciones actuaba en todo el Virreynato y por ende en la provincia de Buenos Aires. Sus atribuciones eran amplias debía intervenir en caso de epidemias, establecer el valor de los títulos de los títulos profesionales, regulaba los honorarios médicos, tomaba pruebas de competencia que debían rendir los que aspiraban a ejercer alguna rama del arte de curar. Tenía jurisdicción administrativa sobre los hospitales, aconsejaba su ubicación y debía controlar su funcionamiento. Realizaba exámenes médicos a empleados civiles, militares, y a los esclavos en caso de venta o importación.

En 1822 el Gobernador Rodríguez, por medio de la Secretaria a cargo de Bernardino Rivadavia suprime el tribunal del protomedicato y traslada sus funciones primero al Departamento de Medicina creado unos días antes con la finalidad de estar destinado a la enseñanza universitaria, y el 9 de abril de ese mismo año por el Decreto 339 se reglamenta la organización sanitaria de la provincia de Buenos Aires, estableciendo el Tribunal de Medicina, organismo exclusivamente provincial, y que estaba encargado de dictar medidas de profilaxis en casos de infección o contagio, inspeccionar hospitales, farmacias, llevar un registro de profesionales de la medicina, farmacia y demás artes de curar.

Después de la Batalla de Caseros, en 1852 el gobernador provisorio el general Pintos suprime el Tribunal de Medicina por el Decreto 2.315 del 29 de octubre de 1852, y crea el Consejo de Higiene Pública, encargado de todo lo relativo a la Sanidad pública en general, inspección de vacunas, sanidad de puertos, policía sanitaria etc.

La Ley nº 648 del 27 de Julio de 1870, dio fuerza de ley a ese decreto por medio del cual se le reconoce poder a ese **Consejo de Higiene** para actuar sobre las cuestiones sanitarias de jurisdicción municipal, restándoles autonomía, de hecho en el art.- 10 inciso b se establece que las municipalidades deberán aplicar las medidas dictaminadas por este organismo, otorgándole jurisdicción sobre los municipios. Hasta la ley 648, el Ministerio de Gobierno provincial para hacer cumplir alguna medida sanitaria a nivel provincial, debía dirigirse a través de los jueces de paz, en adelante lo pudo hacer directamente a las autoridades municipales. Este nuevo ordenamiento jurídico refleja una consolidación del entramado institucional sanitario, pero en el funcionamiento cotidiano dichos cambios fueron más lentos en llegar, los hechos demuestran que las Municipalidades no siempre acataban lo dictaminado por ese organismo.

Entonces, con la experiencia de lo ocurrido en el Consejo de Higiene Pública, el 10 de noviembre de 1888 se promulgó la Ley 2.123 donde ese viejo Consejo fue reemplazado por el **Consejo Superior de Higiene**, con el propósito de ampliar su acción jurisdiccional. Se ampliaba su acción hacia mundo del trabajo, ya que debía contemplar la situación de fábricas, obrajes de manera que las instalaciones no fueran perjudiciales hacia la salud. Era la primera vez que a nivel provincial se avanzaba sobre lo que años después se conoció como higiene industrial. También en esa Ley se hacía referencia a la Oficina Química de la provincia de Buenos Aires que había sido creada por Ley del 23 de junio de 1887, como repartición autónoma de la Dirección General de Salubridad, encargándose de la fiscalización en la provincia de los alimentos, bebidas y condimentos.

Las Municipalidades, no siempre acataban lo dictaminado por la máxima autoridad sanitaria a nivel provincial, dado que por su composición burocrática, y heterogeneidad no se hacía efectivo todo el poder que de la ley emanaba. En parte esta situación puede ser explicada (aunque amerita ser estudiada) como un remanente de viejas concepciones, que hunden sus raíces en las disposiciones hispánicas que establecía que eran las Municipalidades las que tenían a su cargo la salubridad en los respectivos municipios, esto actuó como un obstáculo al momento de la emergencia de organismos centrales.

Luego en 1897 por la Ley 2636 se creó la Dirección de Salubridad Pública. Hasta entonces ninguna de los instrumentos jurídico/sanitario creado, contemplaba penalidades, ni mecanismos por los cuales las Municipalidades se vieran obligadas a dar cumplimiento a las disposiciones, con lo cual se dificultaba la delegación de las facultades. Con la ley 2.636 (1897) se buscó fortalecer la autoridad sanitaria provincial, de hecho en el art. 8vo se imponía a los jueces de paz e intendentes la obligación de prestarles auxilio para el cumplimiento de la ley. De manera que esa Dirección podía actuar como juez de faltas, aplicar penalidades y hacerlas cumplir. En este sentido es válido señalar que abunda información sobre los desacuerdos entre esta Dirección provincial y la máxima autoridad a nivel nacional, el Departamento Nacional de Higiene. Desacuerdos que pueden ser un lente excelente para entender los conflictivos vínculos por un lado, pero por otro el accionar de los cuadros burocráticos intermedios.

Los hospitales, fueron una de las primeras instituciones que junto a las escuelas, contribuyeron a consolidar el accionar municipal, de ahí que tuvieron un incremento sostenido hasta fines del siglo XIX dinámica que continuó en el siglo XX, tal cual se puede apreciar en el siguiente cuadro.

Un dato llamativo a ser problematizado es que entre 1906 y 1922 de los 52 establecimientos asistenciales que se habilitaron fueron en su mayoría de carácter municipal y privado, un acercamiento a los datos evidenciaría un retroceso del accionar benéfico hacia la década del veinte y un fortalecimiento del Municipio como prestador de servicios sanitarios.

Por ello, son indispensable nuevos estudios que se aboquen a entender cómo fue la evolución del hospital público, la capacidad física instalada, la incorporación de recursos humanos calificados y equipos de alta complejidad. Como también explicar la emergencia de las Asistencias Públicas Municipales, y su complementariedad o no con estos establecimientos. Además, este enfoque permitirá reflexionar sobre un problema de larga data como es el de las jurisdicciones. Es decir, la aparición en la esfera municipal de instancias de atención médica debió generar tensiones con el ámbito provincial conduciendo a una posible fragmentación de servicios no necesariamente integrados que es uno de los problemas que en la actualidad padece el servicio público de salud de la provincia de Buenos Aires. Explicar cómo se gestó ese organigrama debería ayudar a comprender un presente cruzado por ese debate.

Para los tópicos arriba señalados los acervos documentales son múltiples, en principio habría que explotar al máximo los archivos municipales<sup>7</sup>, allí se pueden encontrar en los Digestos Municipales las ordenanzas sobre las Comisiones de Sanidad, nombramiento de médicos, etc.

7 Archivo Histórico Municipal de Olavarría URL: <http://www.olavarria.gov.ar/archivo/index.html>

Archivo Histórico Municipal de Punta Alta URL: <http://archivodepunta.com.ar/>

Museo y Centro de Arte de los Santos Lugares URL: <http://www.santoslugares.com/museo/>

Además :

Archivo Histórico de la Pcia de Buenos Aires.

Museo Municipal Alcalde Lorenzo Lopez, Pilar Buenos Aires.

Archivo de la Biblioteca Municipal de Arrecifes.

Juzgado de Paz de Arrecifes, 1831-1851, AGN, X-20-9-7.

El Archivo del Protomedicato guarda numerosos testimonios de la labor desarrollada por la institución desde que fuera erigida por Vertiz: nombramiento de tenientes – protomédicos para cada intendencia, organización de hospitales, visitas de boticas, aprobación de títulos y exámenes de reválida. AGN – X-25-4-23



**Cuadro 2.** Hospitales en la Provincia de Buenos Aires entre 1918 y 1930

Años	n° de Establecimientos	N° de Pabellones	N° de camas
1918	88	438	5.928
1920	95	453	6.747
1921	89	443	6.907
1922	91	317	6.194*
1923	98	402	7.746
1924	101	405	8.094
1925	103	410	8.094
1926	103	429	8.459
1927	103	431	8.775
1928	111	489	9.566
1929	117	553	9.522
1930	126	577	10.860
1931	124	561	10.931

\*Faltan datos de 8 hospitales.

**Fuente:** Boletín de la Dirección General de Estadísticas de la Provincia de Buenos Aires. Año XXXV. La Plata, Iro de Enero de 1935, N° 261 al 267 inclusive, pp.1388.

En las Actas de los Concejos Deliberantes hay abundante información sobre epidemias, comisiones de vecinos abocados a la fundación de hospitales, denuncia de la práctica del curanderismo etc. La documentación sobre los juzgados de Paz en parte están en estos archivos locales, como es el caso del Juzgado de Paz de Balcarce que en se encuentra en el Archivo Municipal Roberto Barili de la ciudad de Mar del Plata mientras que en el AGN se encuentran los de Arrecifes. Además el Archivo Provincial Ricardo Levene cuenta con información abundante sobre el tema entre la que se encuentran Registros o Anuarios estadísticos de la Provincia publicados desde 1854 por la Oficina de Estadística de Buenos Aires.

Los estudios mencionados deben ser complementados con un análisis de las leyes y discusiones parlamentarias que se dieron entre fines del siglo XIX y los primeros años del XX. Para lo cual las fuentes por excelencia son los libros de sesiones tanto de diputados como de senadores tanto a nivel provincial, donde se deberá prestar atención a:

- a) Los proyectos presentados en su aspecto formal.
- b) Los distintos despachos de comisión.
- c) Los debates parlamentarios justificando los proyectos.
- d) Los antecedentes de cada ley.

También, y como parte indispensable del cruce de variables la información periodística de los diarios locales es una fuente insustituible para comprender la repercusión social y las necesidades a que dichos proyectos respondían, como así también para descifrar los intereses en pugna.

Además, en los mencionados archivos y en sus respectivas bibliotecas abundan fuentes secundarias como pueden ser biografías, crónicas, historias de ciudades, de órdenes religiosas, de instituciones u otros textos muy diversos que han dejado relatos importantes sobre el cuidado de la salud y de la enfermedad, como de los espacios destinados a la atención de los enfermos, ya sea en la vida cotidiana, o en momentos de grandes calamidades.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Algunas de las fuentes secundarias que se encuentran accesibles en el Archivo de la Provincia de Buenos Aires son: Apuntes históricos del pueblo de San Fernando, por Enrique Udaondo (1930).

En el Archivo de la Provincia de Buenos Aires se puede obtener valiosa información discriminada por localidad en los siguientes acervos documentales:

- Juzgado del Crimen
- Juzgado de Paz
- Ministerio de Obras Públicas
- Ministerio de Gobierno

Además de una serie de publicaciones sobre historia de los pueblos de la provincia de Buenos Aires realizada por este archivo (algunos de los cuales podrán encontrarse en la bibliografía final de este artículo) que deberían ser consultados al inicio del proceso exploratorio, debido a la gran cantidad de fuentes primarias que en ellos se mencionan que pueden servir de referencia a los investigadores como también para obtener una primera aproximación del contexto social y político en cual se desplegará la pesquisa.

A manera de cierre quedaría por agregar que a través de la comprensión de casos investigados en profundidad podemos avanzar sobre el conocimiento de estas agencias, de sus vínculos con el Estado y con el poder, como también sobre el rol que ocuparon en la conformación de las políticas públicas. Desde el plano teórico metodológico es muy importante la contribución que puede realizar el enfoque de la micro-historia y el método etnográfico al estudio de la génesis y desarrollo histórico de las agencias estatales en general.

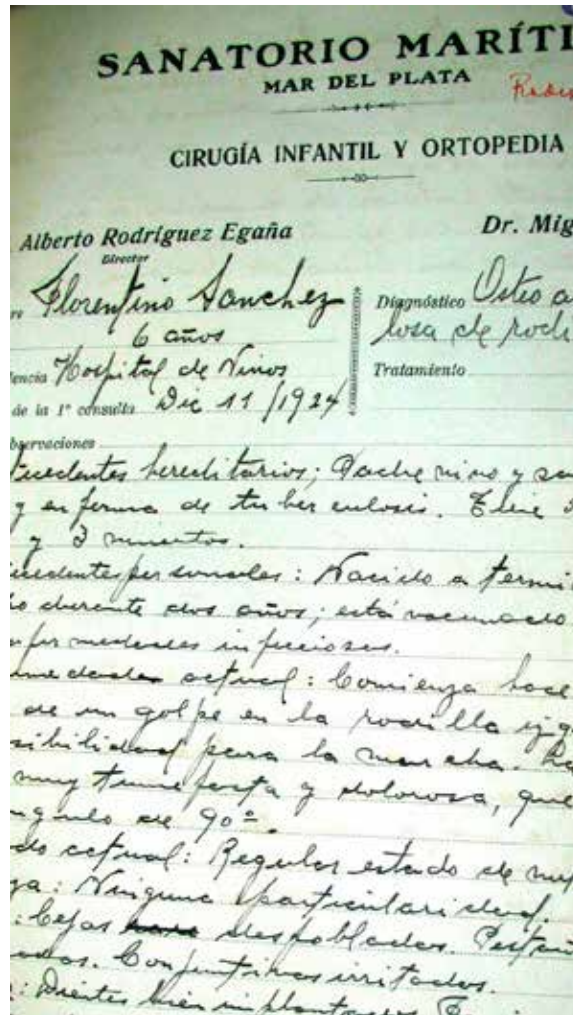
Ensayo sobre el Pago de la Magdalena en el siglo XVIII, por Antonino Salvadores (1930). Reedición digital, CD-ROM (2003). Los orígenes y fundación de la Villa de San Antonio del Camino, por José Torre Revello (1932). Reedición digital, CD-ROM (2004). El origen de la ciudad de Mercedes, por Alfredo A. Yribarren, con Advertencia de Ricardo Levene (1937). Los orígenes de Ranchos (General Paz) 1771-1865, por Alfredo Vidal (1937). Historia de San Nicolás de los Arroyos. Desde sus orígenes hasta 1810, por Adolfo Carretón (1937). Quilmes colonial, por Guillermina Sors (1937). Reedición digital, CD-ROM (2005). Olavarría y sus colonias, por Antonino Salvadores (1937). Apuntes para la historia de Saladillo, por Manuel Ibáñez Frocham (1937). El pago de los Lobos. Noticias y apuntes, por Juan R. Angueira (1937). Crónica vecinal de 9 de Julio, 1863-1870, por Buenaventura N. Vita (1938). Los orígenes de Campana hasta la creación del partido, por Jorge P. Fumiére (1938). Historia de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos, por José E. De la Torre (1938). Nuestra Señora de los Dolores, por Rolando Dorcas Berro (1939). El partido de Avellaneda, 1580-1890, por Antonio A. Torassa (1940). Chivilcoy. La región y las chacras, por Mauricio Birabent (1941). Orígenes históricos de Mar del Plata, por Julio César Gascón (1942). Reseña histórica del partido de Las Conchas, por Enrique Udaondo (1942). Historia del partido de General Sarmiento, por Eduardo I. Muñoz (1944). Historia de Pergamino hasta 1895, por Luis E. Giménez Colodrero (1945). Historia de Zárate, 1869-1909, por Vicente Raúl Botta (1948). Reedición digital. CD ROM (2005). El fuerte 25 de Mayo, en Cruz de Guerra, por Carlos A. Grau (1949). Apuntes para la historia del partido de la Ensenada, 1821-1882, por Francisco Cestino (1949). Historia de la ciudad de Rojas hasta 1874, por Juan Jorge Cabodi (1950). Apuntes para la historia de Junín, por René Pérez (1950). La sanidad en las ciudades y pueblos de la provincia de Buenos Aires, por Carlos A. Grau (1953). Contribución a la historia de Bragado, por Juan R. Moya (1957). Los orígenes del pueblo de Belgrano (1855-1862), por Andrés R. Allende (1958). Reseña histórica del partido de Mar Chiquita y sus pueblos, por Eduardo S. Freije (1963). Historia de Quilmes desde sus orígenes hasta 1941, por José A. Craviotto (1967). Lomas de Zamora, desde el siglo XVI hasta la creación del partido, por Alberto S. J. De Paula y Ramón Gutiérrez (1967). Historia del pueblo y partido de Lincoln en el siglo XIX. La conquista del oeste bonaerense, por Andrés R. Allende (1969). Historia del pueblo Vaccarezza y partido de Alberti, por Jorge, Oscar y Roberto Vaccarezza (1970). 41. Historia de Carmen de Areco, 1771-1970, por Oscar Ricardo Melli (1974). Historia de la Provincia de Buenos Aires y formación de sus pueblos. Director General Ricardo Levene. Antonino Salvadores, Roberto H. Marfany, Enrique M. Barba, G. Sors de Tricerri y Juan F. de Lázaro, colaboradores. Volumen I: Síntesis sobre la historia de la provincia de Buenos Aires. (Desde los orígenes hasta 1910) (1940). Historia de la provincia de Buenos Aires y formación de sus pueblos. Volumen II: Formación de los pueblos de la provincia de Buenos Aires. (Reseña histórica sobre los orígenes y desarrollo de los 110 partidos de la Provincia y pueblos cabeza de partido) (1941). Catálogo del Tribunal de Cuentas y Contaduría de la Provincia. Incluye Catálogo de la Sección Libros de la Legislatura de Buenos Aires (1967). . Índice de mapas, planos y fotografías de la Sección Ministerio de Obras Públicas, preparado por Fernando E. Barba (1968). Mensajes de los gobernadores de la Provincia de Buenos Aires. Domingo Alfredo Mercante, 1946-1952. Edición digital, CD-ROM (2003). Mensajes de los gobernadores de la Provincia de Buenos Aires. José Luis Cantilo, 1922-1926. Edición digital, CD-ROM (2003). Mensajes de los gobernadores de la Provincia de Buenos Aires. Manuel Antonio Fresco, 1936-1940. Edición digital, CD-ROM (2004).

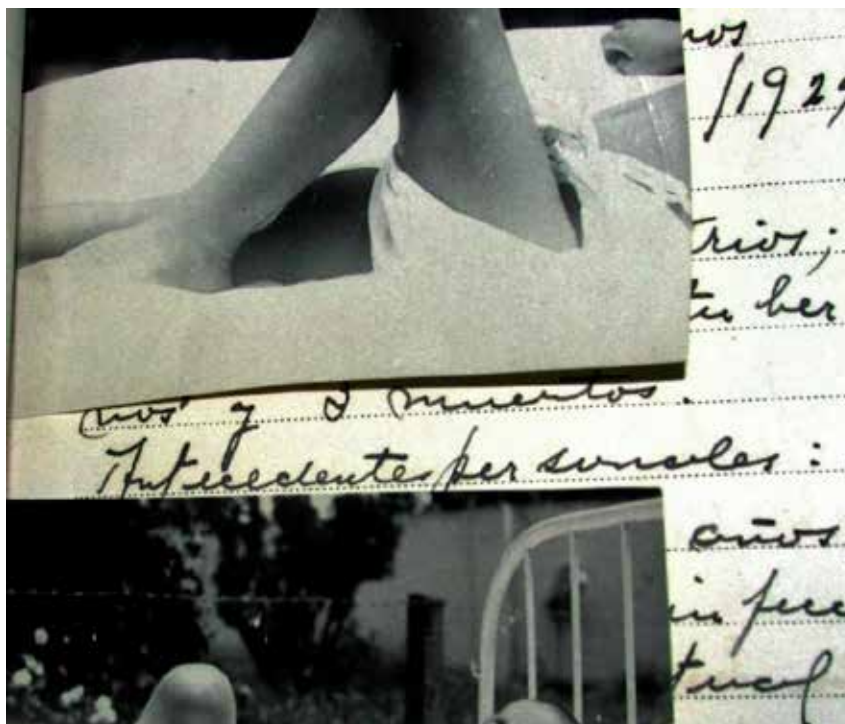
**Los enfermo**

El enfoque micro, ubicando el lente del historiador desde el hospital, también puede habilitar a realizar preguntas vinculadas a los enfermos. Además del testimonio oral, que será factible de encontrar de acuerdo al período estudiado, hay otro tipo de documentación que nos acerca a ello, como son las Historias Clínicas.

No siempre han sido conservadas, pero han sido reiteradas las experiencias que nos muestran algunos de estos libros conservados en los anaqueles de las bibliotecas hospitalarias, en algunos archivos locales.

¿Qué permite la Historia Clínica?, a los efectos de ser gráficos vamos a trabajar con un ejemplo concreto.





La Historia Clínica expuesta, es una fuente inagotable de información. Se puede caracterizar al enfermo social y clínicamente, sus antecedentes “hereditarios” su situación familiar, su vivienda, y su cuerpo. Las imágenes médicas son una instancia de trabajo reciente en nuestra historiografía, donde objeto es la enfermedad, pero desde donde se pueden visualizar otras cuestiones que exceden el campo estrictamente médico. Además, la forma en que dicha historia se confecciona responde a un modelo de ahí también su riqueza.

Estas fuentes, deben ser rescatadas, muchas están silenciadas, no visibilizadas en estantes de las bibliotecas hospitalarias e incluso en algunos archivos dependerá de nosotros rescatar ese material para el uso histórico.

## **Un archivo de las grandes corporaciones tabacaleras internacionales para la historia del moderno hábito de fumar en argentina**

*Diego Armus*

Desde hace ya más de una década fumar cigarrillos de tabaco dejó de ser una fiesta. Una hábito que durante gran parte del siglo XX fue culturalmente aceptado y celebrado devino en vicio y en dañina adicción. Hoy fumar es una práctica medicalizada y penalizada. En modo alguno se trata de una exclusiva historia argentina puesto que desde los primeros años del siglo XXI domina un nuevo consenso internacional contra el consumo de tabaco. En la actualidad fumar está asociado a la sospecha, la enfermedad y la muerte.

En Argentina y el mundo el hábito de fumar se afianzó de la mano de la celebración y la naturalización. Se fumaba en el cine, en el colectivo, en las aulas, en el dormitorio, antes de ir dormir. Si hubo voces que lo cuestionaban eran marginales. Prácticamente todos, los que fumaban y los que no, reconocían en el hábito de fumar tanto en ámbitos privados como públicos un dato de la vida cotidiana. Aquí hay una historia que tal vez pueda etiquetarse como de larga duración, un tiempo largo que comienza con la aparición del cigarrillo moderno y perdura por décadas de modo prácticamente inalterado. Fueron años en que no hubo problematización del hábito y, por eso, el hábito no devino en un asunto de salud pública. ¿Cómo organizar, entonces, ese tiempo largo? ¿Cómo periodizarlo? La periodización que suele ofrecer la historia política ayuda muy poco, me atrevo a decir casi nada, en el empeño por entender ese tiempo largo: hasta la década del ochenta y tal vez el fin de siglo, la política nacional –en dictadura o en democracia- no marcó los tiempos de la historia del hábito. En otras palabras, los cambios en el escenario político no alteraron el naturalizado modo en que la sociedad convivió con el hábito de fumar. Tiempo largo entonces, de celebración, aceptación, de no problematización del hábito de fumar. Años en que fumar era, en gran medida, una fiesta. Y en apenas quince años llega el vendaval de un tiempo corto, en que el hábito se medicaliza, en que se lo construye como problema médico y de salud pública, en que se aprueban instrumentos legales que empiezan a cambiar en un ritmo notablemente veloz la relación de los individuos y la sociedad con el cigarrillo. (Armus, 2016)

¿Qué ha hecho la historiografía contemporánea frente a estos procesos? ¿Con qué énfasis? ¿Con qué agendas de investigación? ¿Con qué presupuestos?

El mundo angloamericano es el más estudiado aunque por fuera de él el tema ya tiene originales análisis. De Egipto a China, de Canadá y Australia a Grecia, de Rusia a España, van apareciendo historias “nacionales” del cigarrillo. En las tierras originarias del tabaco, en América latina, el tema está recién tomado forma y de manera muy fragmentaria. Hay trabajos sobre la agricultura del tabaco, el habano, el tabaco de mascar o la pipa pero no sobre el cigarrillo moderno, un objeto de consumo sin duda distinto.

Aun a riesgo de esquematizar, frente al hábito de fumar tres son los modos historiográficos dominantes: la historia del cigarrillo como historia de la perversión de las grandes corporaciones tabacaleras internacionales, la historia del cigarrillo como un tema de salud pública, y la historia sociocultural del cigarrillo. Como es habitual en la historiografía de cualquier tema abundan las superposiciones y estas perspectivas conversan y se potencian entre sí.

La primera de ellas carga toda la atención sobre los grupos económicos que han manejado el negocio del cigarrillo por más de un siglo. Dominan aquí los relatos auto-celebratorios de grandes corporaciones y grandes fábricas manufactureras de cigarrillos. Pero junto a esta tradicional historia de empresas hay otra, muy peculiar y distintiva. Se trata del estudio de las ahora grandes empresas tabacaleras internacional esa la manera de sofisticadas maquinarias de ocultamiento de los poderes adictivos de la nicotina -un asunto que hasta los años 60 era bien marginal en la ciencia oficial y que en el último tercio del siglo XX ganó la escena pública en Inglaterra y los Estados Unidos y se politizó como nunca lo había hecho en el pasado. Fue en ese contexto que esas grandes tabacaleras devinieron en decisivos actores que abiertamente o utilizando muy variadas estratagemas se propusieron incidir en los debates biomédicos y científicos sobre los efectos del cigarrillo en la salud de los

fumadores. Lo hicieron alentando sus propias investigaciones, orientadas una y otra vez a poner en duda con argumentos de todo tipo lo aseverado por muy diversos expertos donde se subrayaban las siniestras asociaciones entre el cigarrillo y las enfermedades del pulmón, en primer lugar el cáncer. Poner al descubierto esa estrategia de defensa del negocio del cigarrillo ha estado en el centro de las preocupaciones de esta historiografía que encuentra en la perversa agenda de los grandes grupos tabacaleros la explicación decisiva de una epidemia de proporciones globales. El título de uno de los libros más representativos de este modo de escribir la historia del hábito de fumar no puede ser más elocuente: *Golden Holocaust. Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition* (Proctor, 2011).

La segunda perspectiva enfatiza en el estudio del marketing desplegado por las corporaciones tabacaleras con el objetivo de modelar la conducta y los deseos del fumador y, en el revés de la trama, el empeño de la salud pública por reglamentar el consumo de cigarrillos, infructuoso durante los dos primeros tercios del siglo XX y crecientemente exitoso al final del siglo XX y comienzos del XXI. Esta historiografía ofrece una narrativa militante en nombre de la salud pública que, se supone, necesita de la historia para poder articular un certero golpe a las estrategias de las grandes corporaciones que durante décadas modelaron y manejaron con notable eficacia la mortífera adicción de los fumadores al cigarrillo de tabaco. *The Cigarette Century: The Rise, Fall, and Deadly Persistence of the Product that Defined America* (Brandt, 2007) es un muy logrado ejemplo de este enfoque. En su narrativa se cruzan la política, la cultura, la ciencia, los debates legales y los dedicados y militantes esfuerzos de los actores de la salud pública, todo ellos asuntos siempre mirados desde una perspectiva donde los fumadores no aparecen o, si lo hacen, no tienen ninguna agencia. Las dimensiones globales del hábito también son un tema relevante pero en una clave angloamericano-céntrica que asume que el hábito de fumar se ha expandido desde el norte industrial a las periferias como otro capítulo del colonialismo y el neocolonialismo. Cabe señalar que en algunas latitudes este proceso difusionista de expansión del negocio y del hábito de fumar puede ser cierto. Pero sobran los lugares donde se fumaba y con intensidad mucho antes de la expansión global de empresas como Philip Morris o British American Tobacco. Es el caso de China, Turquía y Grecia. Y también de la Argentina, donde desde fines del siglo XIX y comienzos del XX había un vibrante y desconcentrado sector manufacturero de cigarrillos negros manejado por capitales domésticos que abastecía a un mercado de consumo mayoritariamente masculino donde no faltaban, sin embargo, las mujeres.

Por fin, la tercer perspectiva centrada en historias socioculturales del hábito de fumar. En algunos casos, se trata de narrativas muy enfocadas en la historia de la publicidad de cigarrillos. En otros, como en *Smoking in British Popular Culture, 1800-2000. Perfect Pleasures* (Hilton, 2000), de empeños por contextualizar el hábito, tratando de tomar en cuenta sus muy diversas dimensiones -culturales, políticas económicas, biomédicas, sociales, incluyendo un premeditado y muy difícil empeño por incorporar a los fumadores en la narrativa. Algunos ensayos, claramente instalados en el mundo de los estudios culturales, se detuvieron en las representaciones del hábito de fumar intentando acercarse a los fumadores a partir del registro que de ellos habían hecho la literatura y el cine (asumiendo, como es de esperar en muchos estudios culturales, por suerte todos, que esas representaciones son toda la realidad). Allí aparecen las dimensiones del placer y riesgo de fumar, dimensiones que a la historia de la salud pública le cuesta incluir en su narrativa y que la historia que busca desnudar las perversiones de la industria tabacalera ignora militantemente con el argumento que la adicción impuesta a los consumidores de cigarrillos los ha despojado de cualquier agencia. En *Cigarettes Are Sublime* (Klein, 1994) es fácil encontrar un acabado ejemplo de esta perspectiva donde el adjetivo “sublime” que aparece en el título asocia al cigarrillo no solo a una suerte de bendición sino también a un castigo. Así, antes que ignorar o rehuir de la ambigüedad de sentidos que satura el hábito de fumar en el mundo moderno la narrativa navega con soltura por esas inciertas y confusas dimensiones.

El trabajo de Proctor -como se dijo uno de los libros que mejor ilustra las preguntas y recursos heurísticos utilizados por la historiografía enfocada en los perversos manejos de las corporaciones tabacaleras-fue el primer estudio de cierta relevancia que se apoyó principalmente en la Library and Center for Knowledge Management, alojada en la Universidad de California, San Francisco. Se trata probablemente de uno de los archivos de empresas más grandes del mundo. Además de su magnitud -se estima en más de 14 millones de documentos- el archivo tiene la peculiaridad de estar en línea y ser de libre acceso.<sup>1</sup> Su origen, constitución y consolidación condensa un capítulo de la historia del cigarrillo en el siglo XX. Es un resultado de los litigios

1 *Truth Tobacco Industry Documents* (<https://www.industrydocumentslibrary.ucsf.edu/tobacco>).

que tuvieron lugar en los tribunales norteamericanos entre demandantes que subrayaban los dañinos efectos del cigarrillo en la salud y las empresas tabacaleras que a pesar de tener conocimiento de esos efectos seguían impulsando, sin ningún tipo de reparos, sus exitosas estrategias de mercadeo y campañas publicitarias. Estos litigios empezaron en la década de 1950 pero fue recién a finales de la de 1980 que adquirieron un volumen considerable. En 1998 uno de ellos terminó obligando a la Philip Morris y otras grandes tabacaleras a poner a disposición del público, de modo digitalizado y en un sitio de Internet mantenido por las propias empresas, millones de documentos referidos al negocio del cigarrillo. Años más tarde a ese archivo se sumarían otros tantos millones de documentos producidos por la British American Tobacco, hasta entonces guardados en un repositorio en el Reino Unido. Inicialmente los documentos iban a estar a disposición de la consulta pública hasta 2012. Luego debían ser destruidos. Pero otro litigio, también perdido por las tabacaleras, dictaminó que el archivo debía mantenerse abierto hasta 2021.

Desde 2007 el archivo permite al usuario hacer reconocimiento óptico de caracteres, ordenar la información por año y tamaño, limitar la búsqueda a una o varias empresas y sus actividades a nivel global o en países determinados, centrarse en un tipo particular de documentos –por ejemplo cartas o reportes- o en un cierto autor, buscar expresiones que califican a un cierto documento –como “confidencial” o “destruir”- o hacer búsquedas armadas a partir de una combinación de palabras elegidas. Se trata de una tecnología que sin duda democratiza la práctica de la investigación, que permite incluso a aquellos con poca experiencia o con limitado acceso a la bibliografía disponible hacer sus búsquedas de información. (Berridge, 2012) De hecho, y hasta la fecha, han sido especialistas en salud pública, antes que historiadores, quienes más han aprovechado este acervo documental.

El archivo es una promisoría fuente de informaciones sobre la internacionalización del consumo argentino de cigarrillos, un capítulo que vino a cerrar el período inicial –entre las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX- cuando el hábito de fumar era un negocio manejado por fábricas de cigarrillos locales. A partir de comienzos del segundo cuarto del siglo XX, en el sector de manufacturas de cigarrillos coexistieron y compitieron las empresas argentinas con las grandes tabacaleras norteamericanas y británicas. En las últimas cuatro décadas las fábricas argentinas fueron siendo absorbidas por las extranjeras. Estos avatares –que culminan con una clara internacionalización del sector que en modo alguna es una originalidad argentina- explican la potencial relevancia de la Library and Center for Knowledge Management en cualquier intento de escribir la historia del hábito de fumar en el siglo XX.

La pesquisa basada en palabras –esto es, el reconocimiento óptico de caracteres- puede ser tremendamente productiva en los millones de páginas de este archivo. Se trata, sin duda, de un mar de documentos. Y frente a ese mar tiene plena vigencia lo que escribió E. H Carr hace ya muchos años: “Los hechos no se parecen realmente en nada a los pescados expuestos en el mostrador de la pescadería. Más bien se asemejan a los peces que nadan en el océano anchuroso y aun a veces inaccesible; y lo que el historiador pesque dependerá en parte de la suerte, pero sobre todo de la zona del mar en que decida pescar y del aparejo que haya elegido, determinados desde luego ambos factores por la clases de peces que pretende atrapar. En general, puede decirse que el historiador encontrará la clase de hechos que desea encontrar”. (Carr, 1983)

Como ocurre con las evidencias obtenidas en cualquier repositorio documental, también las de la Library and Center for Knowledge Management deben leerse de modo crítico y contextualizado. Al final de cuentas se trata de documentación producida por las grandes corporaciones tabacaleras. Con ese punto de partida no es difícil imaginar su riqueza en las muy diversas cuestiones referidas a los manejos empresariales, de las rutinas de producción y gestión a las estratégicas decisiones destinadas a tratar de mantener exitosas y lucrativas posiciones en el mercado de consumo. Pero también hay otros temas para los que la documentación oficial de las empresas ofrece abundantes referencias e indicaciones. Se trata de estudios de medicina experimental sobre los efectos fisiológicos de la inhalación del humo de tabaco financiados por las empresas tabacaleras, de investigaciones que se proponen explicar las conductas de los fumadores, de encuestas pensadas como insumos en la preparación de campañas publicitarias.

Es frente a este amplísimo universo de potenciales evidencias –el “mar” de E. C. Carr- que conviene definir qué tipo de historia del hábito de fumar se quiere escribir. Todas las opciones son válidas. Pero si se aspira a entender desde una perspectiva que se quiere totalizadora la infinidad de asuntos que marcan la historia del hábito de fumar – no solo las campañas publicitarias, o el sin duda perverso modo en que las tabacaleras manejaban la información científica sobre los efectos adictivos de la nicotina, o los por muchos años infructuosos

esfuerzos de la salud pública dirigidos a regular el negocio del cigarrillo- es imprescindible tener presente que el hábito de fumar modeló y se modeló en subculturas muy bien alimentadas por los intereses de las industrias tabacaleras, por imaginativas campañas publicitarias en diarios, revistas, radio y televisión, por la literatura y el cine y, también, y de modo decisivo, por las narrativas de los propios fumadores.

En las décadas en que fumar era una fiesta las narrativas y experiencias de los fumadores destacaban los tópicos del control del stress, la relajación, el placer, el autogobierno de los deseos y el cuerpo, la responsabilidad individual, la masculinidad, la independencia femenina, la reafirmación juvenil. La lista puede seguir y sugiere que el cigarrillo ha sido –para algunos sigue siendo- un objeto de consumo con una maleabilidad de significados como pocos otros en la vida moderna. Este mundo de experiencias y narrativas personales sobre el hábito de fumar empieza a entrar en crisis con el nuevo consenso global contra el cigarrillo. De la mano de la creciente aceptación de la figura del fumador pasivo y del escenario resultante del Convenio Marco para el Control Mundial del Consumo de Tabaco de 2003 fueron tomando forma legal -y también llevándose exitosamente a la práctica- políticas de salud pública orientadas a restringir el consumo de cigarrillos. Esas políticas expresaron y ayudaron a consolidar una moralidad secular que ha valorado, como nunca antes en el siglo XX, salud y buen estado físico, conciencia de riesgo y un nuevo y notable afianzamiento de la idea de no hacer daño a otros con el acto de fumar. En la actualidad, los fumadores –que son cada vez menos- tal vez sigan articulando sus experiencias con el cigarrillo de modo similar a los fumadores de la segunda mitad del siglo XX. Pero la sociedad ya no los acompaña como lo hacía en el pasado. Otras narrativas ganaron presencia pública. Algunas, articuladas por los propios fumadores, destacan la resistencia a políticas de salud que juzgan excesivamente reglamentaristas y contrarias al libre ejercicio de sus derechos individuales. Otras, expresivas de la nueva moralidad secular, miran al fumador como un sujeto enfermo, dominado por una adicción que no puede manejar.

Sin duda los millones de páginas alojadas en la Library and Center for Knowledge Management ofrecen enormes posibilidades para poder discutir la historia del hábito de fumar como una práctica saturada de ambigüedades, cruzada tanto por el placer como por los negocios, la enfermedad y la muerte,

## Bibliografía

- Armus, Diego, 2016, “Cigarette Smoking in Modern Buenos Aires: the Sudden Change in a Century-Old Continuity”, en Jessica Pliley, Tobert Kramm y Harald Fischer-Tiné, eds. *Global Anti-Vice Activism, 1890-1950. Fighting Drinks, Drugs and “Immorality”*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 203-218.
- Berridge, Victoria, 2006, “Digitizing and Democratizing Historical Research”, en *Addiction*, 101, 1533-1535.
- Carr, Edward Hallett, 1983, *Qué es la historia?*, Buenos Aires, Ariel (primera edición en inglés: 1961).
- Brandt, Allan, 2007, *The Cigarette Century: The Rise, Fall, and Deadly Persistence of the Product that Defined America*, New York, Basic Books.
- Hilton, Matthew, 2000, *Smoking in British Popular Culture, 1800-2000. Perfect Pleasures*, Manchester, Manchester University Press.
- Klein, Richard, 1994, *Cigarettes Are Sublime*, Durham y Londres, Duke University Press.
- Proctor, Robert, 2011, *Golden Holocaust. Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition*, Berkeley y Los Angeles, University of California Press.



# Salud e inmigración: registros y repositorios en Argentina y Brasil, ca. 1890-1930

María Silvia Di Liscia y Fernanda Rebelo-Pinto

## Introducción: una playa, un instante

Decía Michel de Certeau que la historia comienza cuando la escritura separa discurso y cuerpo social y que “la violencia del cuerpo llega hasta la página escrita por medio de la ausencia, por medio de los *documentos* que el historiador pudo ver en una playa donde ya no está la presencia que los dejó allí, y a través de un murmullo que nos permite *oir*; como venido de muy lejos, el sonido de la inmensidad desconocida que seduce y amenaza al saber” ([1978] 1993, 17). Y otra historiadora indicaba: “El archivo es una desgarradura del tejido de los días, el bosquejo realizado de un acontecimiento inesperado. Todo en él está enfocado sobre algunos instantes de la vida de personajes ordinarios, pocas veces visitados por la historia, excepto si un día les da por reunirse en muchedumbres y por construir lo que más tarde se denominará la historia” (Farge, 1991,17).

El resultado del naufragio que imagina Michel de Certeau es la tarea de los historiadores, porque si bien nuestra intención es siempre abordarlo todo y en todos los tiempos, bien sabemos que el pasado que interpe-lamos depende de las fuentes, siempre esquivas, que nos hablan sólo de una porción de la humanidad y de sus quehaceres. Los historiadores somos admiradores de los archivos y si bien ya hemos perdido la ilusión del “descubrimiento” original, siempre mantenemos el entusiasmo por lograr entrever el pasado, imaginar un instante de esas muchedumbres que ya fueron a través de los documentos. El afán de lograr construir una historia científica y formular una investigación histórica significa el esfuerzo de ordenar y clasificar los archivos bajo esquemas y sistemas de procedimientos ([1978] 1993, 88). Si bien la voluntad de sistematizar información escrita fue siempre prerrogativa de las culturas letradas, cómo y dónde hacerlo, la composición de los sistemas y las formas de abordaje posterior de lo celosamente (o no) guardado, es un proceso relativamente nuevo en países de América Latina.

La historia social recubrió de relevancia a fuentes seriadas y seriales, considerando como aspectos nodales su capacidad de dar cuenta de la existencia de las multitudes dominadas, que formaban parte de los ejércitos; que eran mano de obra en los campos y las fábricas y morían de a miles en las epidemias: le devolvió a esas mayorías su importancia -nodal- en el estudio de un pasado complejo, más allá de la visión heroica de sus jefes o patricios. El abordaje de fuentes documentales estadísticas generó un optimismo quizás desmedido porque las posibilidades heurísticas harían aparecer a las “masas durmientes”, en lo que se denominó una “revolución documental”, cualitativa y cuantitativa. La informática permite procesar la información de miles de datos, en una serie que los precede y los sigue; el valor entonces es relativo y pierde su carácter de entidad “real”, adquiriendo un significado más allá de la conexión entre documento y acontecimiento (Furet en Le Goff, 1991, 233).

A pesar de los avances respecto a la demografía, el trabajo o la salud -por nombrar sólo algunos campos de especialidades beneficiados por esta transformación singular-, esta historiografía construyó estructuras sin sujetos ni voluntad. La labor de la microhistoria fue reencontrar esos individuos y devolverles protagonismo sin olvidar que eran parte de un conjunto mayor. La posibilidad de identificarlos dentro de un sistema, cualquiera fuera este -las clases sociales deprimidas, los marginales o los enfermos – estimuló el reencuentro con los actores y dio luz a nueva historia social. En una aguda síntesis sobre las problemáticas contemporáneas de la historia social, Halperin Donghi reflexionaba sobre los límites de la cuantificación y también abordaba la “revolución” introducida en la historia por Michel Foucault y su quiebre epistemológico y metodológico, donde los historiadores, a pesar de la sugestiva intervención de la ideología, pierden un sujeto primordial de análisis y un “tema central” (Halperin Donghi [1985] 1992, 102-106).

Sin examinar los aportes más novedosos, nos centraremos en la particularidad de las aproximaciones sobre el actor, ya que los espacios de interacción son los verdaderos ejes del análisis microhistórico, que al reducir la escala permiten aumentar la ambigüedad de las reglas y los mecanismos psicológicos y sociales que regulan las formas de interacción entre los individuos y el ambiente; su historia y sus representaciones (Levi en Gri-

baudi, 1996, 120-121). No queremos discutir aquí el problema como un debate entre dos cursos aparentemente irreconciliables (estructura vs actor; macro vs micro), tarea para la cual nos falta esfuerzo y erudición. Como ha planteado Green, esa oposición puede zanjarse con una vía intermedia, denominada estructuralismo poses-structural, con los conceptos de “clase” y “etnicidad”, evitando la cosificación de categorías para observar las acciones y representaciones de los sujetos en el contexto general de la estructura (Green, 1995, 166).

Veamos entonces nuestro caso de análisis. Argentina y Brasil recibieron casi 8 millones de personas a lo largo de la masiva migración ultramarina de los siglos XIX y primera mitad del XX. El ingreso portuario de gran cantidad de inmigrantes impulsó la configuración de políticas sanitarias en ambos países (Chaves, 2006 y Castro Santos, 2004, 261-266 y Di Liscia, 2013). En Brasil, la historiografía aportó en relación a inmigración y salud, desde la perspectiva de las colonias del Sur de Brasil; del trabajo de los inmigrantes en las haciendas paulistas; de la sustitución de la mano de obra esclava por la asalariada y de estudios demográficos, así como de estadísticas de entrada de inmigrantes al mercado laboral<sup>1</sup>; comercio y emprendedurismo inmigrante, flujo y reflujo<sup>2</sup>, las relaciones internacionales<sup>3</sup> y del análisis del proceso de construcción nacional y racial<sup>4</sup>. En relación a la historia oral, se avanzó sobre los relatos y las memorias, la búsqueda de fuentes de repositorios familiares y la aplicación del microanálisis<sup>5</sup>. En Argentina, hubo un destacado desarrollo de los estudios sobre inmigración en muy diversos aspectos, entre los cuales destaca la cuestión sanitaria (Devoto, 2002 y Armus, 2007). En Estados Unidos, determinados estudios son útiles para observar los sistemas de inspección médica, que remiten a la documentación sobre los inmigrantes y su procesamiento (Fairchild, 2006 y Birn, 1997).

En otros trabajos, hemos avanzado sobre la inspección médica, las características de la clasificación aplicada y la documentación solicitada al ingreso al país en el caso de Argentina (Di Liscia, 2013, 2014); en el caso de Brasil, en un análisis sistemático de buques en cuarentena, observando las particularidades de la revisión y de la aplicación de teorías médicas (Rebelo, Maio y Hochman, 2011 y Rebelo, 2013).

Durante el Imperio, se inició en Brasil una política migratoria motivada por el poblamiento de territorios del sur, con baja densidad demográfica y a raíz de los intereses de los cafeicultores, quienes expandían su producción con la sustitución de mano de obra esclava por asalariada, dada la prohibición del tráfico (Carnerio, 1950; Nogueira, 1964, 7). Para fomentar la corriente migratoria se creó en 1890 el Servicio de Poblamiento del Suelo Nacional, agencia gubernamental subordinada al Ministerio de Industria, Comercio y Obras Públicas, cuyo fin era organizar las políticas federales de inmigración y colonización<sup>6</sup>. En Brasil se ofrecía a las familias de inmigrantes, además de los pasajes en tercera clase del puerto de embarque de Europa hasta Rio de Janeiro, transporte gratuito hasta otro puerto nacional donde hubiese un servicio de hospedaje y se brindaba atención médica, herramientas y semillas así como subsidios en el núcleo durante los primeros seis meses (RMIVOP, 1908, 62-68 y Ramos, 2006).

Tanto en Brasil como en Argentina se suponía que los pasajeros de 2da y 3era clase de los vapores eran inmigrantes. En Argentina, las políticas de apoyo a la inmigración se desarrollaron teniendo como encuadre la Ley Avellaneda, sancionada en 1876, que incentivaba el ingreso de europeos. A pesar de las críticas a esa legislación, la regulación de la inmigración a lo largo del siglo XIX y XX no implicó una nueva, sino superposiciones burocráticas y reglamentarias (Devoto, 2002). Inicialmente, la agencia que controlaba este proceso se denominó Dirección General de inmigración o simplemente Dirección de Inmigración y estuvo bajo el control del Ministerio del Interior, y luego bajo el Ministerio de Agricultura. Su titular entre 1898 y 1910 fue José Alsina, le siguieron M. Guerrica (1910-1911), Manuel Cigorraga (1911-1918), J. Mazza (1918), Remigio Lupo (1918-1922), Francisco M. Garrillo (1922-1923), Juan P. Ramos (1923), Jorge Carlos Tomkinson (1923) y Amadeo E. Grandi (1926). En 1949, este organismo pasó a depender de la Secretaría Técnica de la Presidencia como Dirección Nacional de Migraciones. Las temáticas migratorias dependieron entre 1852-1856 del Ministerio de

1 Prado Jr., 1933; Viotti da Costa, (1966)1989; Biguelman, 1975.

2 Rocha, 2007.

3 Rebelo y Caponi, 2012; Chaves, 2006.

4 Freyre, 1948; Martins, 1955.

5 Ferreira, 2000.

6 Decreto n° 964 de 7 de noviembre de 1890.

Gobierno; entre 1856-1886 del Ministerio del Interior, entre 1887-1897 del Ministerio de Relaciones Exteriores y entre 1898 y 1940, del Ministerio de Agricultura (Ochoa de Eguileor y Valdés, 1991,35-36).

En este trabajo, nos hemos propuesto un doble desafío: en primer lugar, describir brevemente las fuentes documentales que corresponden a archivos físicos, una excepción notable en la era digital y su capacidad de almacenar registros. En segundo lugar, realizar una propuesta metodológica respecto a la cuestión particular de su tratamiento, vinculada a su aplicación al caso de la historia de la salud y la enfermedad y reflexionar sobre las posibilidades de documentación que, de manera complementaria, se deriva de estos conjuntos de fuentes.

La comparación entre Brasil y Argentina es útil ya que nos permite observar un fenómeno global, como la inmigración, cuyas razones pueden ser comunes, a la luz de la conformación y organización de repositorios en los dos países de América del Sur que recibieron más extranjeros a lo largo del período seleccionado (Devoto, 1999 y Fausto y Devoto, 2004). Otorgaría también un escenario privilegiado de visualización para una historia de la población que, más allá de lo nacional, podría incorporar ciertas posibilidades de interpretación global<sup>7</sup>.

### Fuentes documentales

De acuerdo a Samuel, el atraso relativo del trabajo histórico frente a otras disciplinas sociales tiene relación con el fetichismo del documento, su obsesión por los “hechos” y una metodología “realismo naif”; a pesar de estas limitaciones, sabemos en algunos aspectos más sobre el pasado hoy en día que muchos de los contemporáneos que vivieron entonces (en Jenkins, 2009, 4 y 17). Los avances tienen relación con nuestras posibilidades y búsquedas, originadas no sólo en la problemática de la historiografía sino también en el caso específico de la inmigración y la salud y de su impacto en la formación étnica nacional de regiones enteras de los dos países, Argentina y Brasil.

En tal sentido, en Argentina resultan clave los Partes consulares y las Memorias de la Dirección Nacional de inmigración. Se trata en primer lugar de fuentes oficiales, originadas para el egreso, traslado e ingreso de pasajeros e inmigrantes que proporcionaban las empresas de transporte y en el segundo, de las síntesis anuales de los datos estadísticos recabados por esa vía unidos a otras informaciones o análisis compilados por el Director de la repartición<sup>8</sup>. Los Partes Consulares son documentos paralelos a las listas de pasajeros; en cada puerto de embarque, “el Capitán debía hacer sellar en el consulado argentino la lista de los pasajeros que embarcaban allí con destino a Buenos Aires, el consulado otorgaba un número de orden a la lista y percibía una tasa. Al llegar a Buenos Aires, se confeccionaba un Expediente por cada vapor, que se iniciaba con el Informe de la visita” (Bernasconi 1995,195). Tales documentos pueden consultarse en el Archivo Intermedio (AGN), como Partes Consulares (Serie completa, 1901-1951). Los expedientes están clasificados por Caja, año y nombre del vapor o buque ingresado.

Se componen de una Nota inicial, donde el Visitador pone en conocimiento al Director de la repartición de la llegada del vapor, fecha y lugar de donde proviene, puertos que ha recorrido, pasajeros de 1era, 2da y 3era, y señala si hay infracciones o no a la legislación; de un Acta impresa pro-forma rellena a mano donde figuran, entre otros datos, las condiciones generales del barco y si poseen o no enfermos a bordo que se firma por el mismo Visitador, un médico y otro funcionario del puerto al pie, y se acompaña por las listas de pasajeros con detalle de nombre, apellido, edad, sexo y ocupación. Ocasionalmente, se incluyen las notas manuscritas donde los funcionarios dan cuenta de las consecuencias de las infracciones y las notas de descargo del capitán del vapor o de los agentes y/o cónsules que responden al respecto, así como notas del Director y/o otros funcionarios sobre la forma de proceder frente a las infracciones.

Por sus características y su posible tratamiento, permite tanto la sistematización de los datos en un amplio conjunto y a la vez, en el caso que hemos relevado, vinculado con el objeto de estudio, la recuperación de los

7 Ver al respecto las prevenciones de este abordaje en Otero, 2014 y Douki y Minard, 2007.

8 En 1876, la Dirección contaba con 8 personas en total, incluyendo el Director (denominado Comisario general), un secretario general, un contador-tesorero, dos escribientes y otros dos agentes. Se agregó luego en esta repartición a inspectores de sanidad, que pertenecían también al Ministerio pero en otra dependencia, la de Higiene. Más adelante, como hemos observado en un análisis exhaustivo de las Actas incluidas en los Partes Consulares, se incorporó personal de salud directamente a cargo de la Dirección de inmigración, de manera que los buques que hacia 1910 carecían casi de inspecciones médicas pudieran ser controlados por facultativos, al menos formalmente, en su totalidad.

individuos, es decir, de los casos donde la burocracia en conjunto con los médicos detectaba a personas en condiciones deficientes y consideraba necesario apartarlos: en tal caso, se los nombra y se indica edad, profesión, características socio-culturales, nacionalidad y, la enfermedad o discapacidad por la cual podía ser deportado, aspectos todos que contemplaba la legislación argentina y que hemos tratado en trabajos anteriores (Di Liscia, 2013 y 2014). Al momento, se han relevado para Argentina un total de 9845 Expedientes, del inicio de la serie (1901) hasta 1926, etapa que se considera de afluencia masiva de extranjeros de ultramar.

Las Memorias constituyen otra de las fuentes posibles donde se registra información, cuya base se obtiene de los Partes pero donde el Director de turno ha realizado ya un proceso de selección e interpretación propia, indicando la resolución para los casos de análisis vinculados sobre todo con la legislación, en relación con la aplicación del Artículo 32° de la Ley 817 de fomento a la Inmigración, sancionada en 1876, y los decretos y reglamentos que regularon tal normativa y la modificaron en parte. Para el caso argentino, la información es de menor calidad en la presentación en la medida que avanzamos en el siglo XX, y también es más reducido el análisis realizado por los funcionarios, sin que se respete siempre la frecuencia anual.

Es posible así detectar en las escritas entre 1889 y 1909, todas a cargo de Juan Alsina, extensas referencias sobre la inmigración en general -expuestas con detalles estadísticos mensuales-, e inclusión de información sobre los espacios de atención y la salud en el Hotel de inmigrantes, denominados así a diferencia de los “pasajeros”, que no se acogían a los beneficios estatales previstos en la legislación nombrada. Un apartado especial es el de “Infracciones a la Ley de Inmigración”, donde se sistematizan los casos especiales en relación a aquellos a quienes se ha limitado el ingreso, indicando la reconducción al puerto de origen, y que generalmente se describen a partir de la causa posible de vulneración de la norma (“alienados”, “tuberculosos”, “sexagenarios”) y de la denominación del Vapor. Estas categorías preceden a los nombres, apellidos y otras características que determinan a los sujetos y, podríamos decir, los determinan o enclaustran en un nicho específico para el funcionario. Las excepciones al ordenamiento anterior lo constituyen temas específicos en referencia a preocupaciones étnicas y sanitarias, como la inmigración israelita, el tracoma o el paludismo.

En las Memorias recopiladas por el siguiente director (Manuel Cigorraga, de 1913 a 1916) se repite el ordenamiento anterior, pero se pueden detectar hiatos en las series, ya que hay Memorias que no se publicaron. Avanzada la segunda década del XX tal cuestión va siendo cada vez más notoria: Remigio Lupo publicó sus Memorias con aproximadamente similar estructura (1920, 1923) e incorporó síntesis estadísticas que abarcaban períodos anteriores a su dirección pero hay años sin publicación. Entre 1924-1927, bajo la dirección de Juan Ramos, las Memorias adquieren en formato de Mimeo y no de texto publicado salvo un año, e igual situación sucede en el caso de las Memorias de la Dirección de 1932, 1933, 1935 y 1938 (la de 1937 se publicó en formato de libro, en 1940) y también en las que corresponden a los años cuarenta (1943, 1945). La cantidad de información disminuye de manera tal que las últimas registran sólo datos estadísticos (ingresos, egresos, impedidos de ingresar) en cuadros resúmenes muy escuetos. Otros Informes sobre inmigración aparecen en los Anales del Departamento Nacional de Higiene, pertenecientes a la agencia homónima del Ministerio del Interior y se publican desde finales del siglo XIX, aunque la sistematización de información sobre inmigración fue disminuyendo en la tercera década del XX.

El potencial de las fuentes históricas disponibles en Brasil no sólo está directamente relacionado con la inmigración sino con otras tipologías de fuentes que complementan los análisis sobre la temática y han recibido poca atención (Ferreira, 2000,1). Un ejemplo son las relacionadas con la salud pública y su triangulación con las vinculadas al proceso inmigratorio: es prácticamente imposible analizarlos de manera individual, sobre todo sin tener en cuenta la salud pública y el combate contra las epidemias a comienzo del siglo XX. Para bien o a pesar del investigador, se amplía sobremanera el escenario de las posibilidades de la lectura crítica, en la medida que se comprenden como elementos constitutivos de la historia de las ciencias de la salud a actores (profesionales médicos, catedráticos, científicos, burócratas); espacios institucionales (instituciones de enseñanza y de investigación, laboratorios, hospitales y organismos oficiales) y/o los espacios de representación, como asociaciones de profesionales, sociedades científicas y periódicos. De igual manera, son también necesarios los archivos sobre biografías de médicos, autoridades sanitarias, científicos y que informan sobre la estructura y funcionamiento de los espacios de trabajo, como hospitales y laboratorios, así como las instancias de discusión y socialización de sus estudios y debates (Fonseca, 2002, 277).

La diversidad de fuentes en Brasil también es bastante significativa, ya que existen publicaciones oficiales (informes de ministerios), obras de cronistas extranjeros, documentación parroquial, archivos privados personales, archivos fotográficos y testimonios orales provenientes de los descendientes de los inmigrantes (Ferreira, 2000, 1-2).

El primer conjunto de fuentes que destaca para el estudio de la inmigración y la salud son los informes ministeriales. El Ministerio del Interior, que en 1891 se unió al de Justicia e Instrucción Pública y pasó a denominarse Ministerio de Justicia y Negocios del Interior (MJNI), trataba una diversidad de asuntos entre los cuales incluía las facultades y la Academia de medicina, la atención de salud pública con todas sus agencias anexas, como la Inspectoría General de Higiene, los hospitales, el Laboratorio de Bacteriología, las inspecciones de salud de los estados y la Inspección General de Salud de los Puertos y lazaretos.

En 1888, se firmaron varios contratos con las compañías de colonización y con las provincias. El atractivo de la política inmigratoria era de hecho el pago de pasajes y auxilios a la familia del agricultor que quisiese ser propietario en Brasil. La tutela del inmigrante, principalmente en los primeros momentos, quedó clara en las Bases Reglamentarias del Servicio de Poblamiento del Suelo Nacional, bajo el Ministerio de Agricultura. Se enfatizó la necesidad de mejorar la calidad de la inmigración, lo cual significaba volverla realmente productiva para el tesoro público, inspeccionar mejor los contratos con las compañías particulares, aumentar el número de núcleos coloniales, aumentar la producción a través de los campos de experimentación, mejorar las vías de comunicación (ferrocarril), para la carga y también escoger al colono. Dentro de esa selección, es posible identificar atributos raciales y morales.

Otras fuentes a analizar provienen del Ministerio del Exterior y consisten en una vasta legislación sanitaria como el código sanitario de 1920 y la Convención de Emigración e Inmigración de 1924. A partir de la documentación del Archivo Nacional (documentos ministeriales) y el Archivo Histórico de Itamaraty (documentación diplomática), así como informes, oficios y avisos de consultados y delegaciones de Brasil en el exterior; documentación sobre la Inspectoría General de Salud de los Puertos, sobre las convenciones sanitarias internacionales, sobre las instituciones de salud pública y de inmigración y las listas de pasajeros y navíos, podemos trazar las relaciones entre los servicios sanitarios de los puertos, la inmigración y la diplomacia.

### **Abordaje de las fuentes y metodología**

En general, si consideramos un abordaje metodológico convencional, las fuentes cuantitativas y seriales podrían utilizarse para la fase exploratoria de la investigación o para establecer tipos y regularidades, mientras que para una fase vinculada a la contrastación de hipótesis o para explorar en detalle tales regularidades, sería adecuado una aplicación cualitativa (ver al respecto Marradi, Archenti y Piovani, 2007,45).

Con respecto a las fuentes cuantitativas y cuantificables y su tratamiento, los estudios sobre redes sociales han abundado en la sistematización de información hace ya varias décadas en relación con diferentes problemas vinculados con la inmigración (los mejores ejemplos en la compilación de Bjerg y Otero, 1995). Más recientemente, se han incluido fuentes cualitativas y orales (Bjerg, 2009).

En el caso argentino, la documentación pasible de prestar información cuantitativa y cualitativa a la vez son los Partes consulares. Estas son fuentes oficiales y cuantificables, que constituyen un registro completo de un universo delimitado: el viaje concreto de un buque, desde su salida a su destino final, pero también es el registro de todas las particularidades de sus pasajeros y tripulación y de manera transversal, nos brindan información sobre un aspecto poco conocido, como lo es el funcionamiento de la burocracia de la principal entidad vinculada con la inspección: la Dirección General de Inmigración. Se insertan, para el caso que nos interesa, las observaciones burocráticas en forma de una planilla pre-establecida que permite una vez procesada la recopilación estadística y también, en la medida que se seleccionan los casos, observar las particularidades de la inspección médica, detectando los aspectos particulares.

En primer lugar, en el relevamiento de los años 1901-1926 de casi 10 mil expedientes, la información se ha sistematizado de manera clásica en una base de datos que incorpora los campos: Caja (nombre), Expediente (número), Vapor (nombre), Pasajeros de 3era (Total ingresado), Inspector (nombre), Médico/practicante que asistieron (nombre), y causales de expulsión o no aceptación. En este último caso, se relevaron observaciones textuales de las razones esgrimidas en relación al Artículo 32° y sus modificatorias.

La particularidad de la fuente es que permite tratamiento cuantitativo como cualitativo, porque la misma documentación brinda datos estadísticos generales y refiere asimismo a la interacción entre los actores o a las formas de discriminación y a los sistemas de exclusión ideológicos que se conforman en la aplicación de una normativa o de prácticas burocráticas. De esta manera puede accederse, a través del procesamiento estadístico, a la información por año y en períodos específicos de la cantidad de inmigrantes y las características de la inspección médica, en relación al vapor consignado o a la serie delimitada y a la cronología identificada (por ejemplo, antes o después de la I Guerra Mundial). Tal cuestión nos ha permitido establecer que, a pesar de un discurso enfático sobre el control de la inmigración “indeseable”, la inspección médica no se realizó en gran parte de los buques hasta 1911, cuando se invierte la tendencia y prácticamente todos son examinados. En relación a Argentina, el índice establecido para indicar ese proceso está unido a la firma en el Expediente del médico; hemos considerado que se produce el hecho cuando se acompaña la rúbrica y lo contrario si aparece sin firmar.

Las observaciones relevadas en los Partes, que han sido sistematizadas por año, buque y expediente, son también un excelente registro de los individuos, en tanto no ya parte de un total indeterminado sino de un núcleo reducido y nominalizado. En tal caso, sería posible volverlos a transformar en una documentación seriable porque existe información sobre las variables de edad, nacionalidad, género así como las causales de expulsión; pero mucho más -y es de nuestro interés volver sobre esa cuestión en futuros trabajos- sobre las experiencias migratorias de sectores acotados, a nivel microhistórico. Asimismo, al disponer de los nombres y actuación de los funcionarios que deniegan o aceptan el ingreso, es posible un acercamiento mayor a las pautas y disposiciones normativas y a su aplicación concreta en casos específicos, no sólo en un amplio conjunto. Con lo cual, se podría investigar también a nivel reducido a dos grupos de individuos: inmigrantes, solos o en grupo familiar, y burócratas, en especial la capa superior, es decir, inspectores y médicos.

En relación a Brasil, para comprender la intersección entre inmigración y salud a nivel de las acciones gubernamentales, es preciso analizar coordinadamente los informes ministeriales, ya que los funcionarios los enviaban al Presidente de la República con anexos que incluían de las reparticiones subordinadas y ese material se utilizaba para la elaboración del informe final. Por lo tanto, en ciertos períodos, se encuentran en los anexos de esas reparticiones los informes relacionados con la Salud Pública, lo que posibilita un análisis minucioso de las reparticiones que tenían relación directa con la política migratoria, como es el caso del Servicio de Higiene Marítima, la Inspección de Salud de los Puertos, el Servicio de Profilaxis de Fiebre Amarilla, los hospitales marítimos y de aislamiento, y los lazaretos. Las reparticiones vinculadas de manera más cercana al conocimiento científico, como el Instituto Sanitario Federal, el Laboratorio de Bacteriología y el Servicio de Demografía Sanitaria presentan en algunos años también sus informes de forma completa en el Anexo, lo que posibilita trazar correlaciones entre las políticas migratorias, las de salud y las científicas.

En los informes referentes al sector agrícola, la cuestión migratoria va siempre acompañada a la colonización y a la organización laboral, así como al desarrollo y crecimiento de la riqueza para el país. En la construcción de nexos entre inmigración y cuestión sanitaria, Castro Santos (2004) indica el terror causado por la epidemia de fiebre amarilla en los principales puertos de Brasil redujo el ingreso de inmigrantes entre 1900-1904. Si bien no se discute la estadística de ingresos y salidas, en los informes identificamos una situación contraria: una disminución de la inmigración hasta 1897 con la desaparición de la Inspectoría de Tierras y Colonización y un aumento en los años subsiguientes. Por lo tanto, a través de los informes ministeriales, la interfaz entre inmigración y salud parece ser más compleja. En primer lugar, dicha relación tiene que ver con la constitución de la profilaxis internacional y de una normatización de la legislación a través de las convenciones sanitarias.

Tal cuestión obviamente surgió del terror causado por las dolencias transmisibles (fiebre amarilla, peste y cólera), ya que el peligro del contagio era tanto para la población que llegaba del interior como para los brasileños. Las preocupaciones sobre inmigración y salud discurrieron en el ámbito de los puertos, lo cual llevó a la necesidad de una legislación de profilaxis internacional. En segundo lugar, es preciso destacar la contraposición entre los intereses de los higienistas, o sea del MJNI y los intereses de los hacendados, representados por el Ministerio de Agricultura. A partir de la epidemia de fiebre amarilla de 1890, los higienistas pidieron la suspensión de la inmigración pues de acuerdo a los avances científicos, había una vinculación entre la fiebre amarilla y la aclimatación (Rebelo, 2010).

En el mismo momento, se observa la emergencia de una autoridad sanitaria que pasa a controlar inclusive la inmigración a través de la profilaxis de los puertos y la cuestión del desembarque de inmigrantes. La contra-

posición entre los dos ministerios aparece en el Informe de 1891, con el debate de si los inmigrantes debían continuar desembarcando en el Hotel de Ilha das Flores como era costumbre o bien si el desembarque debía ser organizado por la Inspectoría de Tierras y Colonización, (MIVOP), o si era mejor que lo hicieran en el Lazareto de Ilha Grande acompañados por los agentes de salud pública, donde además deberían ser vigilados, aislados y desinfectados.

La emergencia de una autoridad sanitaria, necesaria para dar fin a las endemias que se instalaban en la capital, Río de Janeiro, como la fiebre amarilla, el cólera, la viruela y la peste, comenzó a generar fricción entre el MJNI y el MIVOP, donde se discutían las responsabilidades en relación a la población extranjera que llegaba en masa al país. Los conflictos en relación esa temática continuaron un tiempo entre el MIVOP y la Dirección de Salud Pública del MJNI: para el primero, no existía nexo entre inmigración y fiebre amarilla y aún, el problema no era la inmigración controlada por el Estado, a través de la Inspección de Tierras y Colonización, sino la espontánea que llegaba fuera de las reglamentaciones y se instalaban en viviendas pobres, focos de enfermedades (Rebello, 2010).

La cuestión inmigratoria emergía como una medida sanitaria, ya que el ingreso de los inmigrantes pasó a ser asunto de la policía sanitaria, cuyo objetivo también era hacer una agresiva profilaxis, con el saneamiento medioambiental. O sea, se planteaba la reorganización de la ciudad dentro de un modelo higiénico, con la destrucción de viviendas precarias y la eliminación de la aglomeración de personas en las ciudades. A partir de 1922, se puede identificar una fluida relación entre las políticas de inmigración y de salud, y un control mayor en el ingreso de inmigrantes ejercido de forma más institucional. O sea, el Departamento Nacional de Salud Pública quedó encargado de aplicar la legislación a los “indeseables”, ya que los inmigrantes que llegaban sólo podían entrar al país a través del DNSP. Los funcionarios indicaban quién debía ser repatriado, quien quedaría en cuarentena en hospitales u hoteles y quien estaban libres para continuar a las colonias o ciudades (Ramos, 2006 y Rebello 2010). Para la introducción de esos pasajeros sólo se permitiría a las compañías de navegación autorizadas por la Dirección General de Servicio de Poblamiento. Así, la fiscalización quedó a cargo de dicha Dirección con el apoyo del Departamento Nacional de Salud Pública. En 1927, todos los inmigrantes ingresaron a Brasil de forma espontánea, o sea, con pasajes pagados por cuenta propia, pero aún persistía el Servicio de Poblamiento y la localización de personas en los núcleos coloniales.

### **Consideraciones finales**

De acuerdo con Marradi, Archenti y Piovani (2007) no deificamos la “triangulación de fuentes” como única forma de trabajo en el caso de nuestra propuesta histórica, puesto que el tratamiento de una sola de las propuestas para el análisis de la inmigración y la salud ya sería suficiente justificación. Pero la documentación indicada en el apartado anterior nos muestra un universo tanto general como particular de enorme complejidad y a la vez, proporciona pistas para su continuidad. Por ejemplo, en el caso argentino, las publicaciones de los inspectores médicos a los cuales se agregan luego los practicantes, pueden localizarse de manera específica en otros archivos, como el existente en la Facultad de Medicina (Universidad de Buenos Aires). Así, las tesis, revistas o libros escritas por médicos que pueden no haberse destacado en la función burocrática pero sí en la académica o política en general, se complementan en nuestro propio esquema en relación a los procesos de exclusión e inclusión de la población inmigrante. Nuestra intención sería obtener lo que al momento no hemos encontrado: un informe de los mismos inspectores, médicos o practicantes similar al que existe en otras áreas de importante inmigración, como es el caso de los registros obtenidos en la Isla de Ellis (Nueva York, Estados Unidos) por facultativos o burócratas norteamericanos y que han sido muy útiles en relación a problemáticas como las que estamos proponiendo aquí para Brasil y Argentina.

Entre otras fuentes para investigar el binomio inmigración y salud en Brasil, destaca el acervo del Departamento de Archivo y Documentación de COC/FIOCRUZ, en la Casa de Oswaldo Cruz para entender los mecanismos de profilaxis internacional, constituidos los aparatos de salud pública en los puertos y sus relaciones con el servicio sanitario terrestre. Además, hay que agregar los debates nacionales e internacionales sobre ciencia y prácticas de prevención de enfermedades, pues Oswaldo Cruz y Carlos Chagas, ambos directores de Salud Pública, fueron también representantes de la ciencia brasileña en congresos, conferencias y convenciones. La Liga de las Naciones, además de ofrecer las actas de las reuniones de la OIHP y del Comité de Salud, posibilita entender las transformaciones en el control del transporte de inmigrantes y los cambios de vista sobre la cuestión de la inmigración y la salud a partir de 1920.

Los periódicos científicos como *Brazil-Médico* y el *Boletim da Oficina Sanitária Internacional – BOSI* – también son una buena opción ya que permiten trazar la relación entre profilaxia y ciencia y las controversias en el medio médico sobre la forma de transmisión de las enfermedades, con influencia en las legislaciones y prácticas portuarias. La prensa es una excelente fuente para comprender la relación entre inmigración y salud en relación a acontecimientos puntuales, por ejemplo, cómo la llegada de un navío con una epidemia a bordo se constituía un problema de salud pública para las autoridades sanitarias y el terror de la población. También en la prensa se percibe la opinión pública en relación a las políticas migratorias y la constitución de un discurso que unía a los inmigrantes con las enfermedades infecto-contagiosas (Rebelo, 2010). En el caso argentino, los registros de las epidemias, visualizados a través de la prensa especializada de *Revista Médico Quirúrgica* y *La Semana Médica* permiten observar la preocupación pública frente al contagio y el surgimiento y consolidación de la profesión médica (Di Liscia, 2002).

No tuvimos como objetivo hacer un exhaustivo recuento de todas las fuentes para estudiar inmigración y salud, entre Brasil y Argentina, sino sólo poner a consideración algunas propuestas de investigación, pero cabe a cada historiador encontrar el camino de acuerdo a sus intereses y su creatividad en búsqueda de nuevos objetos y conjuntos de fuentes. Las posibilidades son infinitas, y abierta a nuestra vista, con el correr de los siglos, las memorias, artefactos y documentos. Somos nosotros, los investigadores, quienes trazamos los límites, el marco temporal y espacial de nuestras interpretaciones.

Para Koselleck, los acontecimientos históricos no son posibles sin actos de lenguajes y las experiencias que adquirimos a partir de ellos no están disociadas ni pueden ser transmitidas sin el lenguaje. Pero sin embargo, ni acontecimientos ni experiencias se reducen a su articulación lingüística. En cada acontecimiento entran numerosos factores –hechos naturales, materiales, instituciones, comportamientos–, que, a pesar de depender de la mediación del lenguaje, no se le pueden restringir. Ningún relato de cosas pasadas puede incluir todo lo que hubo entonces o lo que ocurrió. Lenguaje e historia permanecen dependientes uno de otro, pero nunca llegan a coincidir plenamente. Determinar esas diferencias es también una producción lingüística, y parte integrante de la actividad del historiador. Así, nos encontramos en un dilema que ningún método podrá resolver, ya que toda historia es algo diferente de lo que sus articulaciones científicas consiguen transmitir (Koselleck, 2006, 267-8).

Para la delimitación de las fronteras de un Estado-Nación es fundamental la creación de un “cuerpo” nacional, y su actuación frente a los pares con los que se mantienen disputas ancestrales por el espacio, la jurisdicción, la población y los recursos (Iglesias, 2010; Foucault, 2008). Al reflexionar sobre una historia comparada en relación a la inmigración y salud en Argentina y Brasil, aparece cierta similitud entre ambos territorios limítrofes: por ejemplo, en las relaciones diplomáticas, el papel e importancia de los puertos, islas y fronteras fue fundamental. En estos espacios se elaboraban las dimensiones y límites de los estados nacionales, así como las características de sus respectivas poblaciones y culturas.

Para avanzar en un proceso de interpretación, es importante integrar la historia de la inmigración y la salud en Argentina y Brasil, como partes complementarias. Entre otras cuestiones, explorar la importancia para la economía de los dos países de las disputas entre Brasil y Argentina por los trabajadores inmigrantes, en cuanto a la relación de la hegemonía política en la cuenca del Río de La Plata, espacio destacado para el comercio de ambas naciones. Y a la vez, esos intereses no pueden interpretarse sin considerar la influencia de otras potencias de la región, como Estados Unidos e Inglaterra (Fausto y Devoto, 2004, 232).

También es preciso prestar atención a las agencias gubernamentales gestadas en ambas naciones de América del Sur encargadas de la inmigración, puesto que la documentación que brindan es de similar importancia y características: las posibilidades de exploración permitirían observar los desajustes (o no) entre informes oficiales destinados a informar en relación a los aspectos centrales del proceso y sobre todo, a casos particulares de personas excluidas o su posterior aceptación. Así, la burocracia permite la visualización de los actores relevantes de este drama, en el cual también están presentes los diferentes funcionarios y la normativa.

La historia de la inmigración en el Cono Sur y en los mares y océanos, es la historia de los navíos y vapores, de los intercambios comerciales en la Cuenca del Plata, del gran movimiento de personas entre los puertos, de los encuentros y desencuentros de familias, del control epidémico es la de una experiencia social compartida por millones de personas que realizaron la travesía desde Ultramar para América, desde finales del siglo XIX, en busca de trabajo y de una vida mejor. Volviendo a lo que expresaba De Certeau, nuestra mirada está atenta a entrever cuánto del equipaje del naufragio en esa playa es posible rescatar, pero no con un afán de anticuario,



sino porque los murmullos que escuchamos en los documentos, son las voces de personas cuyos descendientes se entrecruzan con nuestro presente.

### Bibliografía de consulta

- Armus, Diego, 2007, *La ciudad impura; salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Edhasa, Buenos Aires.
- Castro Santos, Luiz Antonio de, 2004, “Poder, ideología e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica”, en Armus, Diego y Hochman, Gilberto, comp., *Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre a saúde e doença na América Latina e Caribe*, Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, pp. 249-293.
- Berg, María y Otero, Hernán, comp., 1995, *Inmigración y redes sociales en la Argentina Moderna*, Tandil, CEML, IEHS.
- Biguelman, Paula, 1975, *Formação do povo no complexo cafeeiro: aspectos políticos*, 2.ed, Pioneira, São Paulo.
- Bjerg, María, 2009, *Historias de la inmigración en Argentina*, Edhasa, Buenos Aires.
- Bernasconi, Alicia, 1995, “Aproximación al estudio de las redes migratorias a través de las listas de desembarco. Posibilidades y problemas”, en María Bjerg-Hernán Otero, comp., *Inmigración y redes sociales en la Argentina moderna*, Tandil, CEMLA-IEHS, pp.191-202.
- Birn, Anne, 1997, “Six Seconds per Eyelid: the medical inspection of immigrants at Ellis Island, 1892-1914”, en *Dynamis Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.*, v. 17, pp. 281-316.
- Carneiro, José Fernando, 1950, *Imigração e colonização no Brasil*, Fac. Nac. de Filosofia da Univ. do Brasil, Rio de Janeiro.
- Chaves, Cleide de Lima, 2006, “A ciência médica na Convenção Sanitária firmada entre o Brasil, a Argentina e o Uruguai em 1887”, *Anais Eletrônicos do VII Encontro Internacional da ANPHLAC, Campinas*.
- De Certeau, Michel, [1978] 1993, *La escritura de la historia*, Universidad Iberoamericana, México.
- Devoto, Fernando, 1999, “Para una historia de las migraciones españolas e italianas a las regiones americanas sudatlánticas”, en [Ruggiero Romano](#), [Alicia Hernández Chávez](#), *Para una historia de América*, Vol. 3, (Los nudos), FCE, México, pp.190-220.
- Devoto, Fernando, 2002, *Historia de la inmigración en Argentina*, Sudamericana, Buenos Aires.
- Di Liscia, María Silvia, 2002, *Saberes, terapias y prácticas médicas en Argentina (1750-1910)*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid.
- Di Liscia, María Silvia, 2013, “Ciudadanía sanitaria o control social? Inspección médica e inmigración en Argentina”, en *III Jornadas Interinstitucionales ciudad, salud, enfermedad en México y América Latina*, Benemérita Universidad de Puebla, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, 11 a 13 de septiembre.
- Di Liscia, María Silvia, 2014, “Inspección médica e inmigración en Argentina (1889-1919)”, N° 28, Vol 77, *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, julio-diciembre, pp. 83-113.
- [Douki, Caroline](#) y Philippe Minard, Histoire globale, histoires connectées: un changement d'échelle historiographique? *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 5/2007 (n°54-4bis), p.7-21.URL:<http://www.cairn.info/revue-d-histoire-moderne-et-contemporaine-2007-5-page-7.htm>. DOI:10.3917/rhmc.545.0007.
- Fairchild, Amy L., 2006, The rise fall of the medical gaze: the political economy of immigrant medical inspection in the Modern America, *Science in Context*, 19(3), pp. 337-356.
- Farge, Arlette, 1991, *La atracción del archivo*, Edicions Alfons el Magnànim, Valencia, Pp. 17.
- Fausto, Boris & Devoto, Fernando, 2004, *Brasil e Argentina: um ensaio de história comparada (1850-2002)*, Editora 34, São Paulo.
- Ferreira, Marieta de Moraes, 2000, *Fontes históricas para o estudo da imigração*, CPDOC, Rio de Janeiro.
- Ferreira, Marieta de Moraes, 2000, “História oral: desafios para o século XXI”, en Ferreira, Marieta de Moraes, Fernandes, Tania Maria y Alberti, Verena comp., Editora Fiocruz, Casa de Oswaldo Cruz, CPDOC, Fundação Getulio Vargas, Rio de Janeiro.
- Fonseca, Maria Rachel Fróes da, 2002, “Fontes para a história das ciências da saúde no Brasil (1808-1930)”, *História Ciências Saúdes Manguinhos*, v. 9, supl, Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Foucault, Michel, 2008, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977- 1978*, Gallimard/Seuil, Paris, 2004.
- Freyre, Gilberto, 1948, *Ingleses no Brasil: aspectos da influencia britânica sobre a vida, a paisagem e a cultura do Brasil*, José Olympio, Rio de Janeiro.
- Gribaudo, Maurizio, 1996, “Echelle, pertinence, configuration”, en Revel, Jacques, presentation, *Jeux d'échelles, La micro-analyse à l'expérience*, Gallimard-Le Seuil, Paris, pp. 113-139.
- Green, Nancy, 1995, “Classe et ethnicité, des categories caduques de l'histoire sociale?”, en Bernard Le Petit, dir., *Les formes de l'expérience: Une autre histoire sociale*, Editions Albin Michel SA, Paris, pp. 165-186.
- Halperin Donghi, Tulio, 1992, “La historia social en la encrucijada”, en Oscar Cornblit, comp. *Dilemas del conocimiento*

- histórico: argumentaciones y controversias*, Sudamericana, Buenos Aires, pp.78-121.
- Iglesias, Elizet Payne, 2010, "Costas, islas, y fronteras en la formación del estado-nación en Honduras". *Boletín AFEHC* n.47, 4 de dez.
- Jenkins, Keith, 2009, *Repensar la historia*, Siglo XXI, Madrid.
- Marradi, Alberto, Nélica Archenti y Juan Ignacio Piovani, 2007, *Metodologías de las ciencias sociales*, Emecé, Buenos Aires.
- Koselleck, Reinhart, 2006, *Futuro de Passado: contribuição à semântica dos tempos históricos*, Editora da PUC, Rio de Janeiro.
- Le Goff, Jacques, 1991, *El orden de la memoria. El tiempo como imaginario*, Paidós, Barcelona.
- Martins, Wilson, 1955, *Um Brasil Diferente: ensaio sobre fenômenos de aculturação no Paraná*, Editora Anhembi, São Paulo.
- Nogueira, Oracy, 1964, *O desenvolvimento de São Paulo: imigração estrangeira e nacional e índices demográficos, sanitários e educacionais*, Comissão Interestadual da Bacia Paraná-Uruguaí, São Paulo.
- Ochoa de Eguileor, Jorge y Eduardo Valdes, *¿Donde durmieron nuestros abuelos? Los hoteles de inmigrantes en la Capital Federal*, Urbe, Buenos Aires, 1991.
- Hernán Otero**, «La historia global y la historia de la población», *Nuevo Mundo Mundos Nuevos [En ligne]*, Débats, mis en ligne le 27 janvier 2014, consulté le 01 décembre 2016. URL: <http://nuevomundo.revues.org/66184>.
- Prado Jr., Caio, [1933] 1975, Estudos demográficos: problemas de povoamento e a divisão da propriedade rural. In *Evolução Política do Brasil*, 9.ed., Brasiliense, São Paulo.
- Ramos, Jair de Souza, 2006, *O poder de domar o fraco: construção de autoridade e poder tutelar na política de povoamento do solo nacional*, Editora da UFF, Niterói, RJ.
- Rebello, Fernanda, 2013, Entre o Carlo R. e o Orleannais: a saúde pública e a profilaxia marítima pelo relato de dois casos de navios de imigrantes no porto do Rio de Janeiro (1893-1907), *Revista História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, jul.-set., pp.765-796.
- Rebello, Fernanda & Caponi, Sandra, 2012, Controvérsias Científicas no Prata: imigração, profilaxia e cooperação sanitária no final do século XIX e início do XX, en, 13º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, *Anais Eletronicos do 13º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia e 8º Congresso Latino-americano de História da Ciência e da Tecnologia*, São Paulo.
- Rebello, Fernanda, Maio, Chor Marcos y Hochman, Gilberto, 2011, O principio do fim: o torna viagem, a imigracao e a saúde pública no porto do Rio do Janeiro em tempos de cólera, *Revista História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, Vol 24, Nº 47, Fiocruz, Rio de Janeiro, pp. 69-87.
- Rebello, Fernanda, 2010, *A Travessia: Imigração, Saúde e Profilaxia Internacional*, Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Rocha, Ilana Peliciari, 2007, *Imigração internacional em São Paulo: retorno e reemigração, 1890-1920*. Dissertação apresentada ao Programa de História, do Dep. de História Econômica da Faculdade de Filosofia, Letras e Humanas da USP, São Paulo.
- Viotti da Costa, Emília, 1989, *Primeiras experiências do trabalho livre. In: Da senzala à colônia*, (1966), 3.ed., Brasiliense, São Paulo.

## Fuentes y repositorios

- Anales del Departamento Nacional de Higiene, Biblioteca Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (serie completa: 1898-1940).
- Partes consulares, Archivo Intermedio, dependiente del Archivo General de la Nación. Serie: 1901-1926 (serie completa: 1901-1947).
- Memorias de la Dirección General de inmigración, serie completa: 1889-1945, Biblioteca del Centro de Estudios Latinoamericano de Migraciones, Buenos Aires.
- Série Documentos Brasileiros - Center for Research Libraries (CRL) e Latin American- Microform Project (LAMP) <http://www.crl.edu/content.asp?11=4&12=18&13=33&14=22>-
- BRASIL, RMIVOP. Relatório anual do MIVOP, 1893; 1894; 1908.
- Biblioteca Nacional / RJ, Setor Periódicos
- Biblioteca de Manguinhos – Fiocruz/RJ: Setor Obras Raras
- Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz
- DAD/COC/FIOCRUZ – RJ
- Decreto nº 964 de 7 de noviembre de 1890
- Fundo Oswaldo Cruz
- Fundo Carlos Chagas
- Arquivo Nacional - IS4-74 - MJNI/DGSP, Relatório dos Serviços de Saúde dos Portos, 1919. Série Justiça
- Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/Fiocruz-RJ
- Arquivo Histórico do Itamaraty/RJ

# Diálogos com a Documentação - História da Saúde, Doenças e Loucura no Ceará (1886-1920)

Cláudia Freitas de Oliveira

## Introdução

O Ceará, localizado na região nordeste do Brasil, inseriu-se, tardiamente, no processo de colonização portuguesa e, posteriormente, durante o período imperial, no processo de institucionalização de práticas e saberes científicos. Ao longo de sua história, recebeu poucos investimentos econômicos o que provocou, como desdobramento, ínfimos investimentos também na área da saúde e medicina. A construção do primeiro hospital provincial ocorreu apenas durante o século XIX, ou mais precisamente em 1861, com a inauguração da Santa Casa de Misericórdia, localizada em Fortaleza, sua capital. Tardiamente, também ocorreu o processo de tratamento dado à saúde mental, nomeada à época como referente à *alienação*. A saúde mental não era, na prática, um campo específico da medicina. A psiquiatria no Ceará, ao longo do século XIX, caminhava em passos tímidos em termos de sua profissionalização e autonomia como construção de saber especializado.

A despeito de todas essas limitações, em termos documentais, o Ceará possui um significativo acervo de fontes produzido pela Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza cuja data inicia-se com a sua fundação, em 1861, e perdura até a contemporaneidade. O acervo documental possibilita importantes diálogos mediados por pesquisadores acerca do cotidiano hospitalar, o que fortalece o campo da história da saúde e das doenças, não apenas no Ceará, especificamente, mas no Brasil, de maneira geral, haja vista que as realidades das Santas Casas de Misericórdia, existentes em vários estados do território nacional, assemelham-se em histórias de dificuldades, desafios e expectativas.

Os acervos da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza são importantes ferramentas para a investigação das práticas médicas e dos discursos dos sujeitos históricos que compuseram o universo da saúde e das doenças no estado<sup>1</sup> do Ceará, na medida em que o hospital da misericórdia é produtor e detentor de vasta documentação na qual registra o cotidiano institucional ao longo dos séculos XIX e XX. De lá para cá, a partir da leitura e investigação dos documentos, é possível reconstruir as principais demandas do hospital.

O material documental da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza foi organizado e coordenado por mim, durante meu estágio pós-doutoral realizado no Mestrado Acadêmico em História da Universidade Estadual do Ceará, em 2015, e está dividido através dos seguintes manuscritos:

1. Livros de Atas;
2. Registros de Correspondência;
3. Relatórios da Provedoria;
4. Livros de Termo e Compromisso;
5. Documentos Avulsos.

Todo o material foi digitalizado e disponibilizado de forma pública e gratuita aos historiadores, pesquisadores e sociedade em geral. A documentação apresenta-se com grande fôlego haja vista que corresponde à ampla

<sup>1</sup> O Ceará será tratado, neste artigo, de duas formas: como “provincia” e como “estado”. As nomenclaturas mudam de acordo com as temporalidades. No século XIX, no período imperial brasileiro, a terminologia aplicada administrativamente para se referir à divisão territorial nacional era “provincia”. Com o advento da República, em 1889, o termo é substituído por “estado”. Daí, usarmos, ao longo do texto, uma ou outra nomenclatura.

periodização, iniciada em 1861 e estendida até o ano de 1990. Dos 5 tipos de manuscritos, o que possui maior acervo refere-se aos Livros de Atas das Sessões Ordinárias e Extraordinárias nos quais estão totalizados em 25 números, correspondentes aos anos de 1861 a 1987.

Para efeito deste artigo, filtramos nossas análises contemplando apenas os Livros de Atas da Santa Casa, nos anos de 1886 a 1920, período compreendido entre a inauguração e a reforma do Asilo de Alienados São Vicente de Paula, um hospital psiquiátrico que ainda permanece ativo e tem como responsabilidade administrativa a Santa Casa. Delimitamos nossa investigação tendo como objetos duas instituições: a Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza e o Asilo de Alienados São Vicente de Paula. Nosso objetivo é investigar as principais dificuldades enfrentadas pelo asilo de alienados em seu cotidiano relatadas pelos mordomos da mesa regedora da Santa Casa, através das sessões (ou reuniões) ordinárias e extraordinárias dos Livros de Atas.

Subdividiremos o artigo em três partes. Na primeira, situaremos as duas instituições voltadas para o universo da saúde e doença no Ceará, a Santa Casa e o Asilo de Alienados São Vicente de Paula. Na segunda, analisaremos os documentos referentes às cinco administrações do asilo de alienados a partir da investigação dos Livros de Atas, no período acima proposto e, por fim, dialogaremos com a documentação para problematizá-la no campo da história da saúde e das doenças.

Em virtude da grande riqueza apresentada pelo acervo de fontes referentes aos Livros de Atas, o diálogo estabelecido no artigo será centrado exclusivamente na investigação documental.

### **1. Espaços da Saúde e das Doenças no Ceará: Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza e o Asilo de Alienados São Vicente de Paula**

A Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza configurou-se, ao longo da história do Ceará, como instituição de significativa influência social e complexidade administrativa. Grande referência no tratamento médico provincial durante o século XIX, ela foi prestigiada por autoridades públicas e religiosas, como presidentes de província e bispos, respectivamente. Possuía em sua mesa regedora membro das elites sociais, econômicas e intelectuais da capital e da província e administrava mais duas instituições: o Cemitério São João Batista, localizado em Fortaleza, e o Asilo de Alienados São Vicente de Paula, situado na vila da Porangaba, a 7 km do centro da capital.

Por possuir amplo raio de atuação, a Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza desfrutava, por um lado, de benefícios e subsídios governamentais, mas, por outro, amargava constantes dificuldades financeiras vivenciadas ao longo de sua existência. Ela constituía-se também como *espelho* de uma sociedade marcada por profundas desigualdades sociais, pois, ao mesmo tempo em que, para ingressar como membro de seu corpo administrativo, o interessado deveria se submeter a critérios seletivos como, possuir *boa índole e prestígio social*, ela vivenciou incontáveis episódios de crises econômicas e se viu, frequentemente, sob a ameaça de fechar as portas por falta de dinheiro para sua manutenção.

Desta forma, o hospital da misericórdia, ao mesmo tempo em que restringia o ingresso na composição da mesa administrativa, na qualidade de *mordomo*, aos *melhores* membros da elite masculina – visto que às mulheres era vetado seu acesso – não conseguia, muitas vezes, pagar suas despesas. Assim, observamos um sentido ambíguo em torno da Santa Casa onde os universos das elites e da extrema pobreza misturavam-se e compunham o mesmo cenário institucional. De um lado, a administração da Santa Casa estava concentrada nas mãos de homens possuidores de títulos honoríficos, como barões, condes, viscondes e, de outro, concentrava centenas de pobres e indigentes do Ceará em seus corredores, enfermarias e portões de acesso.

O Asilo de Alienados São Vicente de Paula foi outra instituição médica cearense inaugurada no século XIX, contudo sua singularidade consistiu no tratamento específico relativo à *alienação* ou *loucura*<sup>2</sup>. Inaugurado em 1886, ele objetivava recolher e tratar homens e mulheres de toda a província e minimizar problemas vivenciados pela Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, pois, antes da sua inauguração, os alienados eram recolhidos nas enfermarias do hospital da misericórdia e colocados, próximo e indistintamente, ao lado dos doentes *normais*, causando transtornos, sobretudo em situação de *crise nervosa*. Outro benefício defendido pelos discursos

2 Termos associativos e usados indistintamente como sinônimos na documentação investigada.

dos vice-provedores e mordomos da mesa regedora da Santa Casa acerca da construção do Asilo de Alienados São Vicente de Paula foi a expectativa de atenuação relativa à superlotação do hospital da misericórdia que crescia de forma sistemática e progressiva ao longo do século XIX.

Assim como a Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, o Asilo de Alienados São Vicente de Paula desempenhou importante atuação não apenas no âmbito médico, mas, sobretudo social no Ceará, na medida em que concentrava em suas dependências grande número de pobres e mesmo miseráveis, também denominados pelas fontes como *indigentes*, ou seja, pessoas que, via de regra, além de não possuírem condições financeiras para se manter, não tinham sequer vínculos familiares ou sociais e estavam destinadas à própria *sorte*, seja através do abandono nas ruas, seja do aprisionamento nas cadeias públicas de distintas localidades provinciais.

Desta forma, o sentido social conferido ao asilo de alienados não pode ser negligenciado na pesquisa documental, posto que, paralela à condição de instituição médica, o Asilo de Alienados São Vicente de Paula configurou-se como local de práticas sociais intimamente inseridas no universo da pobreza; o que nos permite afirmar que a experiência da loucura no Ceará passava tanto pelos discursos e práticas dos saberes médicos, como, sobretudo, pelas precariedades vivenciadas por seus habitantes.

Tanto a Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza como o Asilo de Alienados São Vicente de Paula constituem-se como locais em que as experiências médicas e as práticas sociais pertenciam ao mesmo universo de entendimento sobre as noções de saúde e doença, inseridas em seus cotidianos institucionais. Práticas sociais estas que poderiam ser compreendidas como uma concepção assistencial, embora o termo *assistencialismo* inexistisse no vocabulário documental da segunda metade do século XIX até as primeiras décadas no XX.

Através da análise do acervo documental referente aos Livros de Atas registrados pelos mordomos da mesa regedora da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza sobre o Asilo de Alienados São Vicente de Paula, é possível investigar os principais problemas enfrentados no cotidiano asilar, tais como, lotação e crises financeiras, e as tentativas de solução ou atenuação dos mesmos. Para isso, fizemos o levantamento das principais demandas relatadas a partir da análise dos cinco gestores que estiveram à frente do São Vicente de Paula, os administradores: Theophilo Rabello, João Ribeiro Pessoa Montenegro, Zacharias Thomaz da Costa Gondim, Antônio Pinto Nogueira Brandão e José Odorico de Moraes.

## **2. Diálogos com a Documentação da Santa Casa de Misericórdia: Livros de Atas das Sessões Ordinárias e Extraordinárias (1861-1920)**

Os documentos analisados referentes ao asilo de alienados correspondem ao período de 1886 a 1920. Durante esses 34 anos, em quase todas as gestões, a mesa regedora da Santa Casa de Misericórdia registrou problemas graves vivenciados pela instituição asilar, muitos dos quais referentes às crises financeiras e lotação excessiva de pacientes em suas dependências.

Logo no primeiro ano de existência do São Vicente de Paula, em 1887, durante a gestão do Sr. Theophilo Rabello<sup>3</sup>, a Santa Casa de Misericórdia realizou reformas estruturais no asilo de alienados, como a construção de muralhas em seu quintal, melhorias na lavanderia e no cata-vento, entre outras. O número de internos à época ainda não representava grandes preocupações para a mesa regedora da Santa Casa e totalizava, em dezembro, em 41 pessoas<sup>4</sup>. A reforma no São Vicente de Paula foi considerada satisfatória e rendeu discursos elogiosos por parte do mordomo responsável pelo asilo de alienados ao diretor Theophilo Rabello<sup>5</sup> que, durante sua gestão – de março de 1886 a agosto de 1890 – recebeu aumento em seus ordenados.

Porém, a boa impressão suscitada pelo empenho do gestor na condução das obras de reformas do prédio asilar foi dissipada pelo grave motivo de sua saída. Theophilo Rabello foi exonerado de seu cargo, em 11 de agosto,

3 Sessões: 17 de fevereiro e 03 de novembro de 1887, pp. 133 e 147, do Livro de 30 de outubro de 1880 e 15 de dezembro de 1887, p. 02, do Livro de 17 de novembro de 1889 (Acervo: Livro de Atas da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza - SCMF).

4 Sessões: 17 de fevereiro de 1887, p. 133; 28. 04., p.137; 05.05, p.137; 7.7, p.141; 6.10, p.146; 15.09, p.145; 3.11, p. 148; do Livro de Atas de 20 de outubro de 1880 e sessões: 15.12.87, p. 2; 5.1.1888, p.3 do Livro de 17 de novembro de 1887 (Acervo: Livro de Atas da SCMF).

5 Sessão: 25 de agosto de 1886, p. 130, do Livro de 30 de outubro de 1880 (Acervo: Livro de Atas da SCMF).

ao praticar violência contra um interno na instituição. Sem apresentar detalhes sobre o caso, a mesa regedora da Santa Casa providenciou, prontamente, seu sucessor que foi admitido dois dias depois da exoneração de Theophilo Rabello.

Em 13 de agosto, o Sr. João Ribeiro Pessoa Montenegro iniciou sua gestão no Asilo de Alienados São Vicente de Paula. Um de seus primeiros atos foi comunicar à mesa regedora da Santa Casa sobre a inexistência de informações institucionais referentes à administração antecessora, tanto no que se refere aos registros de entrada e saída dos gêneros de consumo interno, quanto relativos às receitas e despesas do asilo<sup>6</sup>.

Se a falta de apresentação dos dados institucionais por parte de Theophilo Rabello ao sucessor pode ter suscitado possíveis questionamentos sobre a eficiência de sua administração, não pairam dúvidas, entretanto, de que a gestão do sucessor, João Ribeiro Pessoa Montenegro, foi marcada por profundas críticas por parte da mesa regedora da Santa Casa. Denúncias graves sobre a má alimentação destinada aos internos foram a marca registrada da sua direção, finalizada em junho de 1891.

Apesar de ter encaminhado ofícios nos quais solicitava dois aumentos salariais em um curto intervalo de menos de um ano – o primeiro expedido em dois meses de administração – e ter sido, em ambos os pedidos, atendido pela Santa Casa, João Ribeiro Pessoa Montenegro teve, durante sua direção, episódios graves de denúncia. Os relatos foram narrados por uma comissão composta por mordomos da Santa Casa durante visita realizada no Asilo São Vicente de Paula em junho de 1891, quando foram registradas precariedades e falta de alimentação destinada aos alienados.

O fornecimento de gêneros alimentícios ao asilo de alienados estava sob a responsabilidade do comerciante Sr. Antonio de Hollanda Cavalcante e fora resultado de concorrência na qual sua proposta foi avaliada, até então, como a *mais vantajosa*<sup>7</sup>. Contudo, o contrato do fornecedor Hollanda Cavalcante não resistiu às denúncias e foi extinto sob o argumento da alimentação caracterizar-se tanto pela *péssima qualidade, como pela insuficiente quantidade*<sup>8</sup>.

Os relatórios da comissão responsável pela investigação das acusações são contundentes. Eles registraram a gravidade da situação e observaram que a própria condição de insanidade dos internos, por conta de seu estado de alienação, não permitia sequer que eles queixassem-se das precariedades quantitativa e qualitativa da alimentação. Segundo o relato:

*... os infelizes alienados que, privados do uso da razão, nem sequer, podem reclamar contra a cruel violação do referido contracto – por parte do fornecedor*<sup>9</sup>.

Não foi apenas o fornecedor de alimentos o único penalizado pelas denúncias, o diretor João Ribeiro Pessoa Montenegro não resistiu à situação e emitiu ofício à Santa Casa no qual encaminhava sua demissão do cargo. O pedido foi aceito unanimemente pela mesa regedora em reunião extraordinária e foi imediatamente substituído pelo capitão Zacharias Thomaz da Costa Gondim<sup>10</sup>, o terceiro gestor do asilo de alienados.

Faz-se necessário, entretanto, observar que o problema da precariedade da alimentação destinada aos internos estava inserido em outros dois grandes problemas intrinsecamente vivenciados no São Vicente de Paula. O primeiro relacionado à crise financeira e o segundo, referente ao número de pacientes, que, gradativamente, apresentava-se em quadro de lotação cada vez mais agravante. Em junho de 1891, data do início da gestão de Zacharias Thomaz da Costa Gondim, o número de admitidos atingiu a cifra de 69 internos entre os quais 27 eram homens e 49 mulheres<sup>11</sup>.

6 Sessão: 21 de agosto de 1890, p. 121, do Livro de 17 de novembro de 1889 (Acervo: Livro de Atas da SCMF).

7 Sessões de 16 e 23 de outubro de 1890, pp. 128-9, do Livro de 17 de novembro de 1889 (Acervo: Livro de Atas da SCMF).

8 Sessão Extraordinária: 05 de junho de 1891, p. 31, do Livro de 08 de janeiro de 1891 (Acervo: Livro de Atas da SCMF).

9 Idem, p. 32.

10 Sessão Extraordinária: 05 de junho de 1891, p. 31, do Livro de 08 de janeiro de 1891 (Acervo: Livro de Atas da SCMF).

11 Sessões: 2 de julho de 1891, p. 39; 23.7, p. 42; 3.9, p. 48; 8.10, p.52; 12.11, p. 58; 7.12, p. 61; 17.12, p. 62; 7 de janeiro de 1892, p.

Diante do aumento no número dos alienados internos, a orientação dada pela mesa regedora da Santa Casa ao novo administrador direcionava-se não apenas para a vigilância quanto aos futuros contratos nos fornecimentos de alimentos, mas para a atenção quanto à questão da lotação. Assim, pela primeira vez, apareceu nos documentos da Santa Casa solicitação encaminhada pela mesa regedora ao diretor do asilo para não aceitar a entrada de novos internos no São Vicente de Paula. A meta estabelecida pelo hospital da misericórdia era de que o asilo de alienados comportasse apenas 50 pacientes em suas enfermarias.

O diretor Zacharias Thomaz da Costa Gondim tentou cumprir a meta e rejeitou seis alienados – quatro homens e duas mulheres – que se encontravam detidos na cadeia pública de Fortaleza e, que por lá permaneceram, sem nenhuma assistência especializada<sup>12</sup>. Entretanto, a fixação no número de 50 internos não foi cumprida mediante as novas solicitações de admissão encaminhadas por autoridades públicas, como chefes de polícia. Assim, ainda no primeiro ano da administração de Zacharias Thomaz da Costa Gondim, totalizam 71 internos nas dependências da instituição asilar<sup>13</sup>.

No que se referiu à questão da alimentação destinada aos pacientes, para evitar problemas com o fornecimento e intensificar maior fiscalização, as medidas adotadas pela diretoria do asilo foram o estabelecimento de mudanças nos contratos que passaram a ser firmados com validade semestral e não mais anual<sup>14</sup>.

Apesar das tentativas de promover uma administração sem grandes problemas, os relatos de denúncias não findaram com a nova gestão do São Vicente de Paula. Contudo, diferentemente das anteriores, elas não foram promovidas pelos mordomos da Santa Casa; elas chegaram pela atuação de um setor da sociedade civil – a imprensa – através do *O Libertador*, jornal de Fortaleza de perfil partidário liberal, em noticiário de março de 1892<sup>15</sup>. A Santa Casa solicitou esclarecimentos ao diretor do asilo acerca da denúncia que as refutou, contunentemente, qualificando-as de *injustas e de todo o ponto falsas*<sup>16</sup>. O que chama a atenção nesse caso é que, nos relatos das sessões dos Livros de Atas, em nenhum momento, a mesa regedora da Santa Casa expôs o conteúdo da matéria do jornal, ou seja, não há registros na documentação analisada que esclareçam o objeto da denúncia. O que consta apenas é que após a explicação dada pelo diretor do asilo – que rebateu a veracidade da denúncia – o *caso* fora arquivado<sup>17</sup>.

Zacharias Thomaz da Costa Gondim finalizou sua gestão, ao que tudo indica, sem grandes burburinhos ou escândalos e transferiu o cargo para o quarto diretor do São Vicente de Paula, o Sr. Antônio Pinto Nogueira Brandão que, diferentemente dos antecessores, acumulou duas funções – como administrador e como médico – após a morte do Dr. Meton de Alencar, o único médico responsável pela instituição asilar. Com a acumulação das duas atribuições e, partir da lei promulgada em 1894<sup>18</sup>, Antônio Pinto Nogueira Brandão recebeu a alcunha de *médico-diretor*<sup>19</sup>.

Durante a administração de Antônio Pinto Nogueira Brandão cuja duração foi de 17 anos<sup>20</sup>, o Asilo São Vi-

66, do Livro de Atas de 8 de janeiro de 1891 (Acervo: Livro de Atas da SCMF).

12 Sessão: 25 de junho de 1891, p. 37, do Livro de 08 de janeiro de 1891 (Acervo: SCM).

13 Sessões: 2 de janeiro de 1891, p. 39; 23.7, p. 42; 3.9, p. 48; 8.10, p.52; 12.11, p. 58; 7.12, p. 61; 17.12, p. 62; 7.1.1892, p. 66, do Livro de Atas de 8 de janeiro de 1891 (Acervo: Livro de Atas da SCMF).

14 Contracto, que assigna o cidadão João Manoel da Fonseca do fornecimento de Paes para o consummo do Asylo de Alienados de São Vicente de Paula de Porangaba, no semestre de janeiro a julho de 1894. 2º Livro de Contratos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da Cidade de Fortaleza Ceará – de 1893. (Acervo: SCM).

15 Sessão: 10 de março de 1892, p. 72, do Livro de 08 de janeiro de 1891 (Acervo: SCM).

16 Sessão: 07 de abril de 1892, p. 80, do Livro de 08 de janeiro de 1891 (Acervo: SCM).

17 Sessão: 07 de abril de 1892, p. 80, do Livro de 08 de janeiro de 1891 (Acervo: SCM).

18 Colleção das Leis Orgânicas do Estado do Ceará promulgada pela respectiva Assembléa no Anno de 1894 – 4º Volume (1894), p. 18. (Acervo: Arquivo Público do Ceará).

19 Contracto, que assigna o cidadão Dor. Antonio Pinto Nogueira Brandão, da prestação de serviço de Médico Director do Asylo de Alienados de São Vicente de Paula de Porangaba no período de Janeiro a Dezembro de 1895. 2º Livro de Contratos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da Cidade de Fortaleza Ceará – de 1893. (Acervo: SCM).

20 De 02 de março de 1895 a 13 de março de 1912.

cente de Paula registrou a assustadora marca de cem alienados<sup>21</sup>, em 1901. Apesar do número exorbitante, a estratégia para evitar a entrada de novos doentes continuou a vigorar, ou seja, a lotação poderia ter sido maior ainda. Entretanto, rejeitar novos internos estava longe de apresentar-se como a melhor saída para o problema da loucura no Ceará visto que se, por um lado, *amenizava* o quadro de lotação do asilo de alienados, por outro, transferia o problema para as cadeias públicas, tanto de Fortaleza como de várias localidades do interior, locais onde os loucos eram, geralmente, encaminhados<sup>22</sup>.

A lotação não foi o único antigo problema do São Vicente de Paula enfrentado por Antônio Pinto Nogueira Brandão em sua administração. Em 1907, novas denúncias foram encaminhadas à mesa administrativa da Santa Casa, oriundas de familiar de uma paciente pensionista sobre a precariedade da alimentação. Foram instaladas sindicância e comissão para investigar os fatos e, após visita surpresa ao asilo, a comissão de mordomos da Santa Casa concluiu inexistir irregularidades no edifício e encerrou o caso<sup>23</sup>.

Antônio Pinto Nogueira Brandão foi, durante o período enfocado, o único diretor a deixar o cargo sem motivações geradas por denúncias ou problemas vivenciados internamente no São Vicente de Paula. Em 13 de março de 1912, ele solicitou sua saída em ofício encaminhado à mesa regedora sem, contudo, apresentar suas razões. A saída de Nogueira Brandão foi acolhida de forma amistosa pelo hospital da misericórdia que lhe prestou elogios a sua pessoa e à gestão<sup>24</sup>.

A quinta e última administração do Asilo Alienados de São Vicente de Paula no período analisado esteve nas mãos do Sr. José Odorico de Moraes, iniciada em março de 1912. Sua administração reatualizou antigos problemas de ordem estruturais.

Em 1913, a mesa regedora da Santa Casa expôs suas dificuldades orçamentárias ao apresentar os seguintes números alarmantes: a soma total dos indivíduos que compunham os universos da Santa Casa de Fortaleza e do São Vicente de Paula – incluindo doentes, órfãos e funcionários – contabiliza em 500 pessoas entre as quais 300 estavam no hospital da misericórdia e 200, no asilo de alienados<sup>25</sup>. Esse contingente de pessoas, é claro, incidia na oneração dos custos de pessoal e na manutenção das duas instituições.

Além da crise financeira, para piorar a situação, a própria Santa Casa fora alvo de denúncia ao ser acusada de desvios de verbas, praticados por membros da mesa regedora. Foi a própria mesa que registrou o episódio em atas de reunião nos Livros de Atas, porém, refutou, taxativamente, a acusação e referiu-se ao denunciante – cujo nome não fora mencionado – por possuir *cérebro demente* e ser um *caluniador costumaz*<sup>26</sup>.

O ano de 1915 agravou a crise econômica das duas instituições médicas quando o Ceará – localizado na região semiárida do território brasileiro – vivenciou uma das maiores secas da primeira metade do século XX, conhecida como a *seca do 15*, a qual resultou na morte de milhares de mulheres, homens e crianças. O número de internos do asilo de alienados chegou à cifra de 180 doentes cuja alimentação apresentava-se de forma extremamente precária. Aos internos eram oferecidas apenas duas refeições ao longo do dia:

*Um café simples pela manhã e uma única refeição ao meio dia, que era parca e com um pouco de comida no fundo de um prato para cada um delles, comida feita n'agua e no sal sem tempero, com vinte kilos de carne para toda aquella gente, a dar cento e onze grammas para cada infeliz accrecido de um bocado de pirão ou de arroz*<sup>27</sup>.

21 Sessão: 07 de novembro de 1901, p. 125, do Livro de 1896 a 1897. (Acervo: SCM).

22 Mensagem Apresentada a Assembléia Legislativa do Ceará do Presidente do Estado, Pedro Augusto Borges, de 1º de julho de 1902, p. 17.

23 Sessão: 29 de agosto de 1907, p.94, do Livro de 1903-04. (Acervo: SCM).

24 Sessão: 13 de março de 1913, p. 166, do Livro: 1908 (Acervo: SCM).

25 Sessões: 09 e 23 de outubro de 1913, p. 200 e sessão extraordinária de 08 de novembro de 1913, p. 203, do Livro de 1908 (Acervo: SCM).

26 Sessão: 13 de novembro de 1913, p. 209, do Livro de 1908 (Acervo: SCM).

27 Sessão 06 de maio de 1915, p. 287, do Livro de 1908 (Acervo: SCM).



Além da parca alimentação que provocava quadros de desnutrição e *anemia profunda*, faltavam vestimenta e medicação aos alienados. Produtos de higiene também eram insuficientes para desinfetar o estabelecimento e o ar fétido dos alojamentos era uma realidade, pois os *pobres enfermos se emporcalham inconscientemente*<sup>28</sup>. Todos esses relatos foram registrados em visitas realizadas pelos mordomos responsáveis pelo asilo de alienados, como a do mordomo Antônio Theodorico que, em maio de 1915, definiu o São Vicente de Paula como um estabelecimento que:

*parecia mais uma prisão para criminosos que um asylo para recolhimento de loucos por faltar todos os aparelhos modernos para paralisação ou cura dos enfermos*<sup>29</sup>.

Este quadro estava inserido em um cenário da grave seca de 1915, mas mesmo com seu fim, a situação do São Vicente de Paula não foi alterada significadamente. Assim, a partir de 1917, a mesa regedora buscou apoio e articulação junto às autoridades públicas e aos segmentos particulares, individuais e coletivos do estado, para realizar uma grande reforma no São Vicente de Paula que, em 1920, foi autodenominada de *reforma radical* haja vista que a última realizou-se somente em 1890<sup>30</sup>.

Os objetivos eram a remodelação e construção de diversos compartimentos do edifício para dar conta dos 188 internos no asilo de alienados dos quais 119 eram mulheres<sup>31</sup>, as que penalizadas pela situação.

Em 1920, o mordomo responsável pelas obras do asilo de alienados, Álvaro Weyne, mencionou a intenção na construção de *dois pavilhões destinados a reclusão de doentes que actualmente se acham installados nas prisões de ferro* e em melhorias tanto na fachada externa como nas dependências do estabelecimento<sup>32</sup>. No ano de 1921, foi convocada uma Assembleia Geral dos Sócios da Santa Casa para a viabilização das obras. Em 1922, registrou-se um grande número de donativos, advindos tanto de pessoas físicas como jurídicas cujas doações variavam de quantia pequenas como 2\$000 a maiores, como 5:000\$000 réis. Uma grande mobilização foi organizada no estado com a participação de prefeitos, autoridades municipais e párocos, através da circulação de cartas entregues às pessoas *distintas* com o intuito de descrever as *condições precaríssimas do estabelecimento e a necessidade de serem nelle realizados imprescindíveis melhoramentos*<sup>33</sup>.

Objetivava-se realizar obras externas no São Vicente de Paula, como a substituição de escadaria e concertos de calçadas na entrada do prédio. Mas, a grande urgência estava situada internamente. Era necessário ampliar o compartimento para as mulheres indigentes que correspondiam a grande maioria dos internos e que estavam *recolhidas em verdadeiras jaulas*. A comissão planejou a construção de um pavilhão dividido em vinte quartos e uma enfermaria, além do banheiro. As obras atingiriam vários compartimentos, como cozinha, copa, despensa e consultório médico que, segundo a comissão, estava em *lugar impróprio e pessimamente installado*. A substituição do cata-vento, montagem de uma caixa d'água para a lavagem de roupa e até aspectos relativos à decoração do asilo de alienados, como imagens e retratos, também compuseram o discurso da comissão na intenção de ganhar novos lugares, destaques e reparos para a instituição<sup>34</sup>.

Com a década de 1920, encerra-se a nossa análise do acervo documental referente às cinco administrações

Idem, p. 287.

28 Idem, p. 287.

29 Sessão 20 de maio de 1915, p. 292, do Livro de 1908 (Acervo: SCM).

30 Relatório Apresentado à Mesa Administrativa da santa Casa de Misericórdia, em 16 de novembro de 1922 pela comissão encarregada de levar a efeito os melhoramentos do Asylo de Alienados "S. Vicente de Paulo", em Porangaba. Fortaleza. Off. Graf. "Diario do Estado", 1922 (Acervo: SCM).

31 Sessões: 15/2/1917, p. 7; 15/3, p. 15; 17/4, p. 21; 3/5, p. 26; 7/6, p. 31; 5/7, p. 36; 9/8, p. 40; 5/9, p. 44; 4/10, p. 47, do Livro de Atas de 18 de abril de 1916 (Acervo: SCM).

32 Relatório Apresentado à Mesa Administrativa da santa Casa de Misericórdia, em 16 de novembro de 1922 pela comissão encarregada de levar a efeito os melhoramentos do Asylo de Alienados "S. Vicente de Paulo", em Porangaba. Fortaleza. Off. Graf. "Diario do Estado", 1922 (Acervo: SCM).

33 Idem.

34 Ibidem.

do Asilo São Vicente de Paula. Nesses 34 anos, as crises financeiras acompanharam toda a trajetória do asilo de alienados e foram registradas em várias atas de reuniões, ordinárias e extraordinárias. Medidas como a limitação sobre a entrada de novos internos, o aumento no valor da tabela dos doentes pensionistas<sup>35</sup>, o financiamento da extração de loterias<sup>36</sup> e o recurso às subvenções estatais<sup>37</sup> foram algumas das propostas levantadas pela mesa regedora da Santa Casa para a diminuição das precárias condições internas do São Vicente. A última tentativa apresentada nesse período pela mesa regedora da Santa Casa foi a elaboração de uma grande reforma estrutural do prédio asilar. Entretanto, em virtude do corte temporal acima mencionado no artigo, não temos como avaliar a sua eficácia. Os resultados da *reforma radical* poderão ser respondidos em uma nova e futura pesquisa; a disponibilidade e publicidade do acervo documental permitem aos pesquisadores interessados em acompanhar o desdobramento dos episódios narrados.

Contudo, ainda sobre o período enfocado, faz-se necessário destacar alguns pontos pertinentes sobre o campo de pesquisa História da Saúde e das Doenças no Ceará e seu diálogo com a sociedade e política.

### 3. História da Saúde e das Doenças no Ceará: o campo entre a medicina, sociedade e política

A História da Saúde e das Doenças no Ceará constitui-se como campo de pesquisa onde os saberes médicos, os problemas de lotação, as crises permanentes vivenciadas pelas duas instituições – a Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza e o Asilo de Alienados São Vicente de Paula – estão inseridas na construção e na experiência da saúde, da doença e da loucura, na medida em que todas estas questões incidem diretamente na forma como são conduzidos os tratamentos e as medidas destinadas aos internos.

Não raros foram os alienados que receberam alta médica não porque o quadro de sua enfermidade apresentasse melhora, mas porque era necessário encontrar medidas práticas para evitar o caos interno decorrente da superlotação que, indubitavelmente, resultava na insuficiência de remédios e alimentos para todos os pacientes. Mais de uma vez a mesa regedora da Santa Casa propôs à direção asilar que pacientes recebessem alta como forma de não agravar a situação de lotação. Em 1907, o mordomo da Santa Casa, o Sr. Coelho Arruda, recomendou que o médico do São Vicente de Paula, Dr. Antonio Pinto Nogueira Brandão, elaborasse uma lista com nome, idade e residência dos doentes que poderiam ser retirados do asilo, sem promover, com isso, *prejuízo à sociedade*. A proposta apresentada em reunião foi aprovada, unanimemente<sup>38</sup>. Em 1919, a mesa regedora apenas autorizou a entrada de novos enfermos em casos extraordinários<sup>39</sup>. Entretanto, essas medidas mostravam-se pouco eficazes porque muitos dos pacientes que recebiam alta médica retornavam, tempos depois, ao asilo de alienados.

A desnutrição denunciada nos documentos também deve ser compreendida não apenas como questões de ordem meramente social, mas cujo desdobramento influencia diretamente no tratamento médico, pois o corpo debilitado também compromete o bom êxito do tratamento.

Nesse sentido, a medicina – sua concepção, suas práticas, seus tratamentos, seus discursos – não se configura tão somente por um arsenal teórico, *puro* e destituído da realidade em que se constitui. As teorias científicas, alienistas ou psiquiátricas, em fins de século XVIII e ao longo do XIX, produzidas pelas grandes referências na medicina, como os Drs. Philippe Pinel e Jean-Étienne Esquirol, não podem ser absorvidas como modelos *neutros* aplicados, indistintamente, a qualquer experiência da loucura porque os discursos construídos nos congressos, nas teses de doutoramento e na academia perdem seu sentido quando não inseridos nas especificidades em um lugar social. As teorias são discursos e letras mortas se não forem submetidas à mediação de um lugar, seja no Ceará seja em outra configuração social.

Nos documentos investigados, três foram os médicos responsáveis pelo setor clínico e administrativo do Asilo

35 Sessão Extraordinária: 30 de abril de 1892, p. 81, do Livro de 08 de janeiro de 1891 (Acervo: SCM).

36 Mensagem do Presidente do Estado, Coronel José Freire Bezerril Fontenelle à Assembléa Legislativa do Ceará, de 1894, p. 15.

37 Mensagem do Presidente do Estado, Coronel José Freire Bezerril Fontenelle à Assembléa Legislativa do Ceará, de 1894, p. 15.

38 Sessão: 29 de agosto de 1907, p.94, do Livro de 1903-04. (Acervo: SCM).

39 Mensagem Apresentada à Assembléa Legislativa do Ceará, em 1º de julho de 1919, pelo Dr. João Thomé de Saboya e Silva, Presidente do Estado, item: *Instituições de Assistência*, p. 34.

de Alienados São Vicente de Paula, entre 1886 a 1920, e nenhum deles possuía formação em psiquiatria. O primeiro médico, o Dr. Meton da Franca Alencar, era clínico geral<sup>40</sup>; o segundo, o Dr. Antônio Pinto Nogueira Brandão, defendeu sua tese de doutoramento com o tema *tumores na bexiga*<sup>41</sup> e o terceiro, o Dr. Odorico de Moraes, foi o único que, apesar de não ser da área da saúde mental, publicou trabalho sobre a loucura cuja tese intitulava-se: *Estudo Médico Legal da Simulação da Loucura nos Delinquentes*<sup>42</sup>.

A não formação por parte dos três médicos na área da saúde mental é significativa para a percepção fragilizada acerca dos saberes psiquiátricos vivenciados no Ceará. A narrativa sobre as práticas terapêuticas exercidas no cotidiano asilar quase inexistem nos registros das reuniões da Santa Casa do período e, quando aparecem, geralmente, são descritas de maneira pontual<sup>43</sup>. Dos Livros de Atas, o que se observa é que muitos encaminhamentos e deliberações realizados pelos médicos administradores atenderam, sobretudo, aos problemas de ordem social e, não necessariamente médica ou clínica, e as constantes crises econômicas vivenciadas pelo asilo de alienados resultaram em várias tentativas de solução em que emergiam distintos atores políticos entre os quais, os presidentes do estado e, não apenas os médicos, administradores ou mordomos da Santa Casa.

Muitas providências e deliberações tomadas nas sessões ordinárias e extraordinárias da Santa Casa foram levadas para o conhecimento e a aprovação do governo, até mesmo porque era o presidente do estado um dos grandes responsáveis pela solicitação na admissão de novos loucos<sup>44</sup> e pela condução de providências no asilo de alienados. Em 1902, o presidente do estado, Pedro Borges, em mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Estado, estabeleceu uma relação entre loucura e criminalidade ao afirmar que as cadeias públicas estavam repletas de loucos e defendeu a necessidade de ampliação no número de leitos do São Vicente de Paula e de maior auxílio por parte do estado em sua manutenção<sup>45</sup>.

Entretanto, não havia concordância em relação à ação direta do estado nos assuntos relativos às instituições médicas. Em 1911, o então presidente do Ceará, Antônio Pinto Nogueira Accioly, também se dirigiu à Assembleia Legislativa e afirmou que o papel do estado quanto ao auxílio às instituições de assistência pública deveria ser restrito e não se apresentar de maneira permanente. Segundo o presidente, caberia à *iniciativa particular* a condução das ações administrativas e financeiras no *auxílio à pobreza desvalida*. Ao estado, caberia apenas ação limitada<sup>46</sup>.

Em 1917, outro presidente do Estado, João Thomé de Saboya e Silva, dirigiu-se à Assembleia Legislativa e afirmou que: *o Governo do Estado não tem a seu cargo nenhum estabelecimento de Assistência. Esta é exercida por instituições autônomas, entre as quaes avulta a Santa Casa de Misericórdia, mantida pela respectiva associação beneficente [...]*<sup>47</sup>.

Os discursos, defensores ou contrários à participação mais ativa do estado nas instituições de caráter médico e assistencial, possibilitam observar as tensões, as dificuldades e os desafios que as mesmas vivenciavam em uma sociedade marcada por grandes desigualdades sociais. Eles representam ainda um instrumento analítico importante para a problemática sobre como os distintos atores sociais – governo, elites e iniciativas privadas – conduziam o processo de construção da saúde, doença e loucura no Ceará, em fins do século XIX e início do XX.

40 STUDART, G. *Datas e Fatos Para a História do Ceará*. Tomo III. Fortaleza: Tip. Studart, 1896, p58.

41 <http://www.ceara.pro.br/cearenses/Cearensesporbatismodetalhe.asp?idbatismo=2213>

42 <http://www.ceara.pro.br/cearenses/Cearensesporbatismodetalhe.asp?idbatismo=725>

43 Sessão: 22 de novembro de 1913, p. 212, do Livro de 1908 (Acervo: SCM).

44 Sessão Extraordinária: 05 de junho de 1891, p. 32, do Livro de 08 de janeiro de 1891 (Acervo: SCM).

45 Mensagem Apresentada a Assembléia Legislativa do Ceará do Presidente do Estado, Pedro Augusto Borges, de 1º de julho de 1902, p. 17.

46 Mensagem Dirigida à Assembléia Legislativa do Ceará do Presidente do Estado, Antônio Pinto Nogueira Accioly, item: *Assistência Pública*, de 1º de julho de 1911, p. 09.

47 Mensagem Apresentada à Assembléia Legislativa do Ceará, em 1º de julho de 1917, pelo Dr. João Thomé de Saboya e Silva, Presidente do Estado, item: *Instituições de Assistência*, p. 30.

## Considerações Finais

As discussões levadas para o parlamento sobre a necessidade ou não de posicionamentos governamentais mais atuantes quanto ao Asilo de Alienados São Vicente de Paula interferem, diretamente, não apenas no cotidiano administrativo, mas médico da instituição, seja na condução de práticas terapêuticas, seja na compra de remédios e de aparelhos específicos para a contenção dos alienados agitados<sup>48</sup>.

A falta de autonomia médica frente à atuação da mesa regedora da Santa Casa, as práticas governamentais, limitativas ou não, aos problemas orçamentários, a relação estreita por parte dos médicos do asilo de alienado com questões de ordem político-partidárias – haja vista que todos os três médicos do São Vicente de Paula exerceram mandatos políticos, como deputado, antes e/ou durante o exercício de sua clínica médica – todas estas questões devem ser entendidas como aspectos interpretativos em que as instituições médicas não se fundamentaram somente por critérios científicos ou acadêmicos. A experiência dos lugares é distinta dos discursos teóricos.

Em outras palavras, trabalhar a História da Saúde e das Doenças como campo de pesquisa para o(a) historiador(a) é investigar aspectos da própria sociedade e de seus lugares sociais. Este campo é eminentemente social e, mais ainda, constitui-se como campo político posto que trata, no caso do Ceará, de experiências de desigualdades sociais nas quais a pobreza e a miséria compuseram um cenário constante na construção da Santa Casa de Misericórdia e do São Vicente de Paula.

O campo de pesquisa História da Saúde e das Doenças no Ceará requer o olhar atento às conjunturas e configurações sócio-políticas pelas quais a província e o estado se construíram ao longo da história. Nesse sentido, faz-se necessário alargar nosso universo de entendimento e não abordar áreas da medicina sem ter como horizonte de olhares as práticas políticas que, remetem tanto às instituições públicas como às ações individuais e coletivas na construção de poderes que incidem no cotidiano dos habitantes de dado local.

## Bibliografia

- Amarante, Paulo, 1996, *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*, Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- \_\_\_\_\_, 2007, *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro.
- Antunes, José Leopoldo F. Medicina, 1999, *Leis e Moral: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)*, UNESP, São Paulo.
- Basaglia, Franco, 2005, *As instituições da violência*. In: Amarante, Paulo (org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*, Ed. Garamond, Rio de Janeiro.
- Batista, Micheline Dayse Gomes, 2014, *Breve História da Loucura, Movimentos de Contestação e Reforma Psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil*. Revista Política & Trabalho, de Ciências Sociais, n. 40.
- Birman, J., 1978, *A PSQUIATRIA DO DISCURSO DA MORALIDADE*, ED. GRAAL, RIO DE JANEIRO.
- \_\_\_\_\_, 2000, *MAL-ESTAR NA ATUALIDADE: A PSICANÁLISE E AS NOVAS FORMAS DE SUBJETIVAÇÃO*, ED. CIVILIZAÇÃO BRASILEIRA, RIO DE JANEIRO.
- Castel, Robert, 1978, *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo*, Ed. Graal, Rio de Janeiro.
- Canguilhem, Georges, 2006, *O Normal e o Patológico*, Forense Universitária, Rio de Janeiro.
- Costa, Jurandir freire, 2004, *A Ordem Médica e Norma Familiar*, Ed. Graal, Rio de Janeiro.
- \_\_\_\_\_, 2007, *História da Psiquiatria no Brasil – Um corte ideológico*, Ed. Garamond, Rio de Janeiro.
- Cunha, Maria C. Pereira, 1986, *O Espelho do Mundo – Juquery, a História de um Asilo*, Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 2ª edição.
- \_\_\_\_\_, 1989, *Loucura, Gênero Feminino: as mulheres no Juquery na São Paulo, início do séc. XX*, São Paulo Revista Brasileira de História, Anpuh, vol. 9, nº. 18, agosto-setembro.
- Dorr, Otto, 2002, *El Papel De La Fenomenología en la Terapéutica Psiquiátrica con Especial Referencia a la Esquizofrenia*. Revista Chilena de Neuro-psiquiatria, 40(4).
- Engel, Magali Gouveia, 2001, *Os Delírios da Razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830 – 1930)*, Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Ferrazza, Daniele et ali, 2010, *A Banalização da Prescrição de Psicofármacos em um Ambulatório de Saúde Mental*.

48 Sessões: 16 e 30 de julho de 1896, pp. 15, 16, do Livro de 1896 a 1897. (Acervo: SCM).

- Paidéia. set-dez, Vol. 20, No. 47.
- Françoia, Carla Regina, 2005, *Ensaio Sobre a Loucura*, Psicologia Argumento, Curitiba, v. 23, n. 43, out./dez.
- Foucault, Michel, 2001, *Os Anormais*, Ed. Martins Fontes, São Paulo.
- \_\_\_\_\_, 1988, *Doença Mental e Psicologia*, Ed. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro.
- \_\_\_\_\_, 1972, *HISTÓRIA DA LOUCURA NA IDADE CLÁSSICA*, ED. PERSPECTIVA, SÃO PAULO.
- \_\_\_\_\_, 1979, *MICROFÍSICA DO PODER*, ED. GRAAL, RIO DE JANEIRO, 11ª REIMPRESSÃO.
- GOFFMAN, ERVING, 1988, *ESTIGMA – NOTAS SOBRE A MANIPULAÇÃO DA IDENTIDADE DETERIORADA*, EDITORA LTC, RIO DE JANEIRO.
- \_\_\_\_\_, 2005, *MANICÔMIOS, PRISÕES E CONVENTOS*, ED. PERSPECTIVA, SÃO PAULO.
- HARRIS, RUTH, 1993, *ASSASSINATO E LOUCURA - MEDICINA, LEIS E SOCIEDADE NO FIN DE SIÉCLE*, ED. ROCCO, RIO DE JANEIRO.
- Marcantonio, Jonathan Hernandez, 2010, *A Loucura Institucionalizada: sobre o manicômio e outras formas de controle*. Revista Psicólogo inFormação, ano 14, n. 14, jan./dez.
- Nascimento, Dilene (org.), 2006, *Uma História das Doenças*, Ed. Mauad X, Rio de Janeiro, vol. I.
- Oliveira, Cláudia Freitas de, 2013, *Asilo de alienados entre cotidiano e enfrentamentos (1886-1920)*, In. Franco, Sebastião; Maciel, Ethel; Nascimento, Dilene (org.) *Uma História Brasileira das Doenças – volume 4*, Ed. Traço Fino, Belo Horizonte.
- \_\_\_\_\_, 2011, *A Institucionalização da Loucura no Ceará*. Revista Ação & Debate – Ética, Cidadania e Saúde. Assembléia Legislativa do Estado do Ceará/ Universidade do Parlamento Cearense, Ed. Inesp, Fortaleza, ano I, v. 2.
- \_\_\_\_\_, 2010, *A Loucura no Ceará: o projeto de construção do asilo de alienados e a seca de 1877-79* IN. Nascimento, Dilene (org.), *Uma História Brasileira das Doenças – Ed. Argumentum*, Belo Horizonte, volume 3.
- \_\_\_\_\_, 2015, *Mulheres e a Loucura: Invisibilidades e fragmentos de existências*. In. Nascimento, Dilene (org.), *Uma História Brasileira das Doenças*, Ed. Fino Traço, Belo Horizonte, v. 5.
- \_\_\_\_\_, 2011, *A Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza e o Asilo São Vicente de Paula: A Problemática da Loucura no Ceará*. IN. Cadernos de História: Oficina de História- Escritos Sobre a Saúde, Doenças e Sociedade, ano VII, nº 7.
- Perrusi, Artur, 2010, *A Lógica Asilar Acabou?: um estudo sobre as transformações na psiquiatria brasileira*. IN: Fontes, Breno Augusto Soto Maior; Fonte, Eliane Maria Monteiro da. *Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*, Ed. da UFPE, Recife.
- Pessotti, Isaias. *A Loucura e as Épocas*, Ed. 34, São Paulo.
- \_\_\_\_\_, 1996, *O século dos manicômios*, Ed. 34, São Paulo.
- Porter, Roy, 1990, *Uma História Social da Loucura*, Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro.
- Souza, Josinete Lopes de, 1999, *Da Infância “Desvalida” à Infância “Delinqüente”: Fortaleza (1865-1928)*. Dissertação de Mestrado em História. PUC. São Paulo.
- Szasz, Thomas, 1974, *O MITO DA DOENÇA MENTAL*, ED. ZAHAR, RIO DE JANEIRO.
- \_\_\_\_\_, 1977, *IDEOLOGIA E DOENÇA MENTAL – ENSAIOS SOBRE A DESUMANIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA DO HOMEM*, ED. ZAHAR, RIO DE JANEIRO.
- Vechi, Luís Gustavo, 2004, *Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil*. Revista Estudos de Psicologia, 9(3).

# **Novas perspectivas em história social da saúde: espiritismo e apometria no rio grande do sul/brasil**

*Beatriz Teixeira Weber y Dalvan Alberto Sabbi Lins*

## **Apresentação**

Novas e diversas perspectivas de análise têm sido ofertadas ao campo acadêmico que trabalha com história da saúde e das enfermidades, num campo de história social, numa ótica que envolve o olhar de várias disciplinas. Nessas novas perspectivas ganha destaque uma ampla gama de relações sociais e institucionais interligadas, que envolvem sujeitos que só agora aparecem como interlocutores. Médicos, curadores, adeptos de atividades religiosas apresentavam-se com status diferenciados, mas identificamos que são sujeitos que dialogaram e propuseram opções que envolviam diversas interlocuções. Esse olhar que uma nova história social da saúde vem adotando permite entender o intercâmbio de atividades que foram vistas como separadas por muito tempo, resultado de uma historiografia que reforçava as diferenças. Esses novos olhares permitem entender essas práticas como mesclas complexas de diálogos presentes em vários grupos e dentre vários grupos, muitas vezes desfazendo barreiras.

Nessa perspectiva, procuraremos apresentar um rápido panorama da produção historiográfica que tem apresentado as práticas sociais de sujeitos concretos relacionados às noções tradicionais de enfermidade e cura. Diversas possibilidades de levantamento documental tem servido de inspiração para esses trabalhos, demonstrando a riqueza dessas novas abordagens. Utilizaremos o exemplo de uma prática ligada inicialmente à tradição espírita kardecista para indicar o quanto a cisão entre medicina oficial e outras tradições de cura não tem poder explicativo, apesar das disputas que podem ter ocorrido. É uma tradição que se apresentou como espiritismo, participando de um amplo debate entre noções de ciência, filosofia e religião na segunda metade do século XIX, e consolidou-se no Brasil como uma tradição vinculada à cura. Apresentaremos um debate em torno de uma prática que surgiu nesse movimento no Rio Grande do Sul, desenvolvida no Hospital Espírita de Porto Alegre por médicos acadêmicos, que se auto-denominou apometria.

## **Considerações teóricas**

Dentre as várias produções que trataram da cura no Brasil, muitas novas possibilidades se abriram. A historiografia brasileira inspirada em Foucault procurou defender a hipótese que o poder médico adentrou a sociedade brasileira desde o início do século XIX, a partir da transferência da família real portuguesa ao Brasil, instaurando uma “medicalização da sociedade” que penetrou nas várias instituições administradas pelo estado a partir da intervenção de médicos nas várias instâncias. Essa perspectiva teria reprimido as práticas terapêuticas populares e instaurado um papel organizador do estado baseado na medicina formal, através das instituições ligadas aos médicos. Interessante como a visão mais estrutural de Michel Foucault foi absorvida de forma pouco reflexiva, apesar da perspectiva do autor oferecer outros elementos de compreensão que são pertinentes a leitura do papel social da medicina, da enfermidade e da cura.

No Brasil, a tradução dos trabalhos de Foucault ocorreram nos anos 1970 e essa história foi produzida à luz dos movimentos sociais e políticos que lutam pela reforma psiquiátrica, pelo fim dos manicômios, e pelos direitos dos doentes. Também instrumentalizou uma crítica à medicina alopática hegemônica e o movimento de revalorização da homeopatia e de práticas alternativas de cura como objeto de pesquisa e como serviços complementares nos sistemas assistenciais (Hochman, Armus, 2004). Como perspectiva mais geral, ressaltou a crítica ao papel dos médicos, da medicina e de suas instituições, que foi incorporada por diversos trabalhos, não só de história, mas de várias pesquisas em outras áreas, pois ofereceu uma chave de reflexão que se tornou demarcadora a partir daí. O trabalho de Foucault questiona o surgimento da medicina, suas condições de possibilidade, a reorganização do setor hospitalar, do ensino médico, das teorias e práticas científicas relacionadas à saúde em geral, e à saúde pública, num campo de medicina social. Sua preocupação é estabelecer os princípios

históricos da organização dos discursos em várias áreas, sendo o nascimento da clínica um vasto campo que marcou a produção do conhecimento sobre as instituições (Foucault, 1963, 1979). Foi uma coluna importante do pensamento filosófico para se pensar criticamente esse campo, ainda hoje servindo como estímulo de reflexão de diversos trabalhos nas áreas de história, psicologia, antropologia e sociologia.

Contudo, sua influência é frequentemente identificada com uma série de temas, mais do que com um método. O argumento foucaultiano no campo das análises históricas sobre medicina, saúde e doença foi alvo de severas críticas, por sua estrutura teleológica, sua pouca densidade no uso das fontes e na pesquisa histórica, a reificação dos conceitos e seu maniqueísmo analítico (Carvalho, Lima, 1992; Edler, 1998; Hochman, Armus, 2004). Os trabalhos posteriores têm buscado incorporar as críticas e renovar seu rendimento analítico para diversas pesquisas.

O campo aberto por essa crítica mais ampla à medicina e suas agregações tem se inspirado em Foucault, mas procurado ir além. Na França, a crítica à Foucault gerou diversos trabalhos. Cito aqui o de Jacques Léonard, com enfoque na restrição documental que embasaria Foucault (Léonard, 1981). Um outro grupo de reflexão sobre a medicina originou-se na historiografia anglo-saxônica, a partir dos trabalhos de Roy Porter, no *Welcome Institute for History of Medicine*. Ela tem sido chamada de uma história social e cultural da enfermidade, procurando apontar uma inversão na compreensão dos processos que envolvem enfermidade e cura, partindo dos sofredores (*sufferers*) ou pacientes (termo consagrado no contemporâneo). Procura apontar que a constituição da perspectiva dos envolvidos na cura está marcada por diversas visões, que não é a visão dos médicos e que não é a mesma ao longo dos tempos, que a cultura e a experiência se articulam na significação das diversas terapias que os envolvidos buscam (Porter, 1985). Essa proposta tem redimensionado a história da medicina (Porter, 2001, 2004), a história da psiquiatria (Porter, 1987), a história da sexualidade (Porter, Teich, 1998; Porter, 1999). É um campo de ampliação das reflexões que mostra o quanto esta área ainda está sendo consolidada, mas com uma frutífera riqueza de possibilidades.

Essa historiografia baseada em Foucault no Brasil foi logo discutida, inspirada nos preceitos de história social, opondo à leitura estruturalista uma reflexão sobre as práticas sociais de sujeitos concretos, com especial destaque aos estudos ligados às noções tradicionais de enfermidade e de cura (Soares, 2001, 407-438; Sampaio, 2001; Pimenta, 2003, 307-330). Destaco alguns trabalhos específicos do século XIX, que revêem essa perspectiva de medicalização na análise das situações concretas que se organizam na sociedade do século XIX, especialmente o trabalho de Flávio Edler, que historiciza o fenômeno e o discurso dos médicos da Faculdade de Medicina e da Sociedade de Medicina no Rio de Janeiro, claramente explicitando que a perspectiva de explicação estrutural não oferece capacidade de explicação nos estudos específicos desses grupos. Mas, indicando apenas alguns, os demais trabalhos citados apontam o quanto estar atendo às realidades concretas é que permite explicar situações históricas específicas.

Contudo, a perspectiva de Foucault nos ofereceu um elemento de reflexão sobre a transformação das instituições de assistência que tem sido um excelente instrumento no estudo das mudanças ocorridas nessas instituições. A afirmação das transformações dos hospitais entre instituições de assistência, principalmente ligadas as instituições religiosas medievais, em instituições de tratamento, ligadas à perspectiva científica de abordagem das doenças é um elemento que permite refletir como se deu essa transformação. Apesar de se considerar que isso não ocorreu no período apontado por Foucault, o século XVIII, mas relativizando para cada situação histórica específica. Destaco o trabalho de Gisele Sanglard, que tematizou como se organizaram hospitais no Rio de Janeiro na passagem para o século XX. Ela afirma que as transformações que ocorreram na Europa no século XVIII foram o celeiro das mudanças que ocorreram nos séculos seguintes, como a medicalização e a higiene pública, transformando os hospitais em espaço de demonstração técnica da medicina. Baseada em Georges Vigarello, ela afirma que não houve nenhuma alteração definitiva na área médica no século XVIII, mas que ocorreram transformações culturais profundas que possibilitaram alterar a imagem da medicina, diversificando sua atuação e seus recursos. Os trabalhos de Louis Pasteur e a criação do Instituto Pasteur, em 1888, abriram a possibilidade de prevenção das doenças e fez com que a pesquisa médica fosse considerada uma forma de terapêutica em potencial, permitindo investir na tentativa de erradicação da pobreza (Sanglard, 2006; 2008, 46-47).

Na experiência luso-brasileira, ela compara o formato que assumiu a centralização das ações de assistência em Portugal já no final da Idade Média, com a reunião de pequenos hospitais sob os auspícios da Coroa. Várias irmandades foram criadas, destacando-se as Misericórdias para o caso no Brasil. Ela compara o hospital da mi-

sericórdia no Rio de Janeiro e de Porto Alegre como mudanças da passagem da caridade à terapêutica. No caso do Rio de Janeiro, essas mudanças foram ocorrendo na segunda metade do século XIX, permanecendo regras de funcionamento da organização da irmandade religiosa, mesmo quando o hospital acabou sendo dirigido por um médico, em 1852, e quando a presença dos estudantes da Faculdade de Medicina nos corredores geraram conflito com as normas de conduta num espaço considerado de caridade. A chegada de irmãs da Sociedade de São Vicente de Paulo, em 1852, reforçou o papel do hospital (Pimenta, 2004; Sanglard, 2006). No caso de Porto Alegre, o hospital da Santa Casa de Misericórdia só recebeu alterações mais significativas na primeira metade do século XX. A chegada das irmãs da Penitência e da Caridade da Ordem Terceira de São Francisco de Heythuizem, em 1893, reforçaram a administração católica dos serviços do hospital. A criação, em 1898, da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, cujas aulas práticas começaram a ser ministradas nas dependências do hospital, abriram espaço para um processo de medicalização, não sem conflitos (Weber, 1999). A observação das disputas entre esses lócus de terapêutica e de caridade permite entender a passagem dessas mudanças. No Hospital da Misericórdia da Bahia, a chegada das irmãs vicentinas ao hospital ocorreu em 1856, desagradando médicos e internos da Faculdade de Medicina, mas Renilda Barreto afirma que o conflito mais forte em Salvador ocorreu entre os médicos e o governo da província, denotando mais uma disputa de poder do que divergências nas questões médico-sanitárias (Sanglard, 2006, 28).

Esses estudos são apenas para mostrar a complexidade de análise necessária para se entender a organização nas instituições e como os sujeitos se envolvem nesses processos, pelos aspectos que envolvem o humano como objeto de compreensão. O esforço de compreensão dos homens como seres múltiplos, complexos, determinados pela diversidade de fatores é o conceito que define o objeto com que essa historiografia tem procurado trabalhar.

Outro dado importante para a nossa compreensão do humano como parte dessa complexidade, é a tese da construção cultural da realidade, assumida por diversas tradições intelectuais contemporâneas. Muito do que os membros de um determinado grupo consideram como dados naturais é meramente um reflexo de seus próprios pressupostos. Todos nós agimos e reagimos de acordo com a nossa percepção do mundo, impregnado com o resultado de nossas construções. A realidade de todas as pessoas é composta de construções culturais, incrustadas em representações coletivas, como linguagem, categorias, símbolos, rituais e instituições. O que a antropologia chama de cultura é fundamental para entender a humanidade e os mundos habitados pelos seres humanos, com todas as suas variações (Barth, 2000, 110-111). Contudo, a cultura não pode ser homogênea e unitária, porque as pessoas participam de universos de discurso múltiplos, mais ou menos discrepantes; constroem mundos diferentes, parciais e simultâneos, nos quais se movimentam. A construção cultural que as pessoas fazem da realidade não surge de uma única fonte e não é monolítica (Barth, 2000, 122-123). Entendemos que participamos de sociedades complexas e que se deve explorar a interdependência dos elementos dos grupos com que trabalhamos. Mesmo ciente das variadas definições de cultura na antropologia (Cucho, 1999), creio que os elementos definidos acima são basilares para a compreensão das relações entre saúde, enfermidade e história.

A história tem trabalhado o conceito de saúde visando integrar diversos aspectos, especialmente preocupada em perceber as noções de “saúde” vinculadas à situação histórico-cultural em que são utilizadas. Georges Vigarello, renomado historiador contemporâneo, procurou mapear as diferentes formas como a nossa cultura ocidental acreditou dever e poder preservar o corpo ao longo dos tempos. Mas, mais que isso, as mudanças adotadas em relação às práticas que garantam o bem-estar estão ligadas às representações do corpo como as representações sociais, da infelicidade ou do perigo, mobilizando diversificados utensílios mentais (Vigarello, s.d., 8). É um amplo leque de questões que são mobilizadas para manter o que pode ser considerado saúde e as variações que esse termo adota ao longo da passagem do tempo.

Os estudos históricos sobre a saúde e a doença estão se afirmando como um campo de identidade própria e definida na América Latina, apresentando-se ainda como um mosaico de enfoques, estilos, objetos e narrativas, como afirmam Gilberto Hochman e Diego Armus. Na análise realizada por eles, há aspectos que os unificam, através de desconfianças com as fronteiras rígidas entre a história e as outras ciências humanas; dos determinismos biológicos e de quaisquer outros; dos modelos teóricos e conceituais que interpretam eventos e processos antes das pesquisas históricas; da compreensão apriorística dos benefícios ou malefícios dos médicos e da medicina, dentre outros aspectos específicos da reflexão histórica que se complexifica (Hochman, Armus, 2004).



## Espiritismo, Saúde e História

Para indicarmos alguns desses aspectos teóricos, trazemos aqui o estudo de uma corrente que se auto-intitula de religiosa, científica e filosófica. Nascida no ano de 1857 pelo labor do codificador Allan Kardec, na França, sob o signo de ser uma fé raciocinada, este ganhou espaço inicialmente junto aos grupos de letrados e de profissionais liberais, passando a se popularizar através do oferecimento de terapias e de um amplo trabalho de divulgação impresso, composto, sobretudo, por periódicos e romances. Assim, o espiritismo no Brasil viu seu público ampliar-se consideravelmente no período que se iniciou nas últimas décadas do século XIX e se estendeu até meados do século XX, configurando-se hoje como uma importante manifestação religiosa do país.

Doutrina que carrega em si elementos tipicamente modernos, o espiritismo delegou grande esforço em construir costuras que dessem conta de relacionar o universo das questões religiosas com as capacidades investigativas e metodológicas da ciência, em um esforço de objetivar os fenômenos religiosos, ao mesmo tempo em que buscava abrir o campo da ciência para que esta abarcasse as experiências do campo religioso.

Todavia, matizada pelos diferentes ambientes em que se estabeleceu, o espiritismo acabou ganhando diferentes formas, passando a assumir, por vezes, uma face mais religiosa e moralizante, e, por outras, um caráter mais experimental e investigativo, este último entendido, pelos meios espíritas, como científico. Foi neste contexto que passou a surgir as diferentes federações e confrarias espíritas que procuraram garantir à doutrina um corpo de noções e normas invariáveis. Este foi o caso da Federação Espírita Brasileira (FEB) que, com seu perfil acentuadamente religioso, conseguiu promover-se enquanto representante máxima do espiritismo no Brasil, e com isso, guardiã dos próprios limites identitários definidores do que é o espiritismo e de quem são os espíritas.

A perspectiva histórica tendeu a ver o período em que Kardec produziu (segunda metade do século XIX) como um momento fronteiro quando o passado se recolheu frente ao fulgurante futuro que se apresentava, local em que antigas perspectivas teológicas e religiosas perderam seu lugar para a ciência e onde o papel da especulação metafísica se eclipsou diante dos avanços técnicos e tecnológicos que se apresentavam, numa perspectiva linear e progressiva que acabou sendo impressa na historiografia nascente da época e que se estendeu até as bordas da Segunda Grande Guerra. Todavia, já longe desta perspectiva, os atuais trabalhos de pesquisa tendem a ver o período como um momento polifônico, em que as antigas formas de ver e entender o mundo persistiram e se mantiveram presentes através de um constante processo de reinvenção e de remanejamento dos elementos simbólicos e valorativos junto às novas noções que o pensamento científico do período lançava para a sociedade (Darnton, 1988; Silva, 1997; Weber, 1999).

Dessa forma, podemos pensar que o grande projeto do cientificismo moderno, de garantir uma separação clara entre os fenômenos objetivos da realidade e os sociais e discursivos, longe de ser facilmente alcançável, se mostrava no período como uma quimera difícil de ser vencida. Como apontado para os hospitais, o conhecimento científico produzido durante as décadas de transição do século XVIII para o XIX era um saber que fluía entre os fatos verificáveis nos laboratórios e os elementos socioculturais baseados no enorme arcabouço de superstições e crenças de toda a natureza, que cercavam e fundamentavam inconscientemente os personagens envolvidos no período (Darnton, 1988).

Não era difícil traçar relações entre as mais novas descobertas surgidas nos respeitáveis laboratórios e as antigas crenças que circulavam em meio à população. O próprio trabalho de cientistas como Newton incluía o estudo de livros da Bíblia, de obras de místicos e alquimistas que serviam para compreender e explicar a ação da gravidade nos corpos (Darnton, 1988, 20). Já para a sociedade leiga em geral, alheia ao que hoje chamamos de método científico, o trabalho de separar os fatos verificáveis empiricamente das suposições de origem mística ou religiosa se desdobrava em um esforço, muitas vezes, infrutífero que abria as portas para as mais variadas especulações e expunha um campo farto para a ação de charlatães e pessoas de má fé (Darnton, 1988, 21; Silva, 1997, 27).

Nesse contexto de discussões, o surgimento de uma perspectiva que procurava vincular religiosidade e ciência representava essa imensa diversidade. Além disso, essa diversidade sofreu apropriações no contexto brasileiro que avança pelo século XX, em discussões dentro do movimento espírita, com visões diferenciadas, e do movimento com outras perspectivas, como a medicina.

## A Apometria

Um dos exemplos trazidos é a apometria, uma técnica de cura que surgiu dentro do Hospital Espírita de Porto Alegre (HEPA) através do esforço conjunto de uma equipe de médicos e de simpatizantes espíritas, em uma iniciativa encabeçada pelo então médico da instituição Dr. José Lacerda de Azevedo. Da primeira exposição pública de seus princípios, ocorrida em 1963, até seu desligamento da instituição hospitalar porto-alegrense, se passaram quase vinte cinco anos, e, nesse período, experiências e aplicações da técnica seguiram sendo realizadas dentro do espaço hospitalar, ao mesmo tempo em que os esforços do grupo ligado à apometria moveram para si opiniões favoráveis e contrárias à mesma que acabaram por levar o Dr. Lacerda e seu grupo a procurar um espaço autônomo onde pudesse continuar o desenvolvimento não só de sua técnica, mas também de uma visão própria da doutrina espírita.

O conflito observado entre o grupo envolvido com a técnica apométrica e o movimento espírita federado insere-se em uma disputa maior travada dentro da Federação referente a projetos distintos sobre o perfil almejado para a doutrina espírita, balizada entre duas visões quase antagônicas, compostas, por um lado, pela vertente “científica” do espiritismo, e, por outro, pela vertente “religiosa” da doutrina (Cavalcanti, 1983; Giumbelli, 2003; Miguel, 2007).

O termo Apometria, de origem grega, é composto pelos termos *apo* (além de) e *metria* (medida) (Azevedo, 2007, 127), significando, desta forma, algo que não pode ser medido, referência a uma energia produzida mentalmente e com amplo poder de aplicação, principal matéria de estudo dos grupos de apometria. A técnica parte da prática do desdobramento astral e, a partir dele, procura-se auxiliar nos processos almejados de cura, dentro de uma lógica cosmogônica compartilhada por espíritas, umbandistas e variados grupos espiritualistas (Azevedo, 2007; Cavalcanti, 1983).

A origem da apometria é encontrada no trabalho do Sr. Luís José Rodrigues, um farmacêutico-bioquímico de Porto Rico radicado na cidade do Rio de Janeiro. O Sr. Rodrigues, conforme se perpetuou na história da apometria, foi quem descobriu a técnica, chamando-a de hipnometria (termo que será posteriormente abandonado) e munido de um breve opúsculo decidiu expor sua técnica em um congresso espírita realizado na cidade de Buenos Aires, na Argentina, no ano de 1963 (Barradas, 2007). Não há registros do impacto que a exposição de suas ideias tenha causado no público do evento, marcado por grandes personalidades e lideranças do movimento espírita latino-americano, mas há um silêncio, provocado, sobretudo, porque o trabalho não foi indicado para ser publicado nos anais do congresso (CEPA, 1964). Esse fato poderia ter colocado uma pedra em sua iniciativa, bem como poderia ter sentenciado seu nome e sua técnica ao esquecimento, se não fosse o interesse que este conseguiu mover na pessoa de Conrado Ferrari, então Presidente do Hospital Espírita de Porto Alegre (HEPA)<sup>1</sup>.

Pouco mais de seis meses após a realização do evento em Buenos Aires, Luís J. Rodrigues visita o HEPA com o intuito de realizar uma cirurgia ocular<sup>2</sup>. Os motivos que o fizeram sair da cidade do Rio de Janeiro em busca de tratamento na capital de um estado provinciano como o Rio Grande do Sul não são claros, mas os motivos podem orbitar na somatória entre um interesse do Sr. Rodrigues em visitar um dos maiores espaços hospitalares dirigidos pelo movimento espírita brasileiro, em conjunto com o fato de este ter compartilhado o ambiente do evento realizado em Buenos Aires com o então presidente do HEPA, Sr. Conrado Ferrari. Esses podem ter sido elementos que pesaram na escolha da instituição pelo Sr. Rodrigues. O fato é que, após a recuperação da cirurgia, o Sr. Rodrigues propõe apresentar sua técnica e, em conjunto com o presidente da instituição, organizou uma exposição da então intitulada hipnometria em um espaço reservado e com um seleto grupo, composto, sobretudo, por personalidades consolidadas do universo espírita porto-alegrense. Essa exposição marca, por um lado, o início do emprego da técnica junto ao Hospital Espírita de Porto Alegre, e, por outro, indica características particulares dessas pessoas que compunham a instituição e o movimento espírita, que

1 Além de sua publicação com o título “Hipnometria”, Luis Rodrigues publicou outro livro, intitulado “God Bless the Devil, The Key to the Liberation of Psychiatry”, onde ele vinculava seus estudos com a psiquiatria, livro este não localizado até a presente data. (Barradas, 2007).

2 As informações aqui expostas foram obtidas através de uma breve introdução (sem paginação) produzida posteriormente ao falecimento do Dr. Lacerda, no seu livro “*Espírito/Matéria: Novos horizontes para a Medicina*”, de autoria do então presidente da instituição *Casa do Jardim* (espaço criado pelo Dr. Lacerda para o estudo e emprego da Apometria), Carlos Barradas. Em nota, o autor afirma que as informações provieram das memórias do Dr. Lacerda e de sua esposa e companheira dona Yolanda Lacerda de Azevedo, em conjunto com as experiências que o autor teve junto ao seu exercício na instituição e como amigo pessoal do casal (Barradas, 2007).

acabaram possibilitando a abertura ao emprego de técnicas novas e desconhecidas do universo espírita e da medicina tradicional.

Após um curto período na cidade de Porto Alegre, senhor Luís J. Rodrigues retorna ao Rio de Janeiro e não obtemos mais informações sobre ele, nem tão pouco de novas iniciativas que este tenha realizado com o intuito de promover a sua técnica. Todavia, em Porto Alegre, as experiências com o novo método continuaram, lideradas pela iniciativa do senhor Ferrari, que, pouco mais de um ano depois, convida para assistir as experiências daquele que será o grande promovedor e estudioso da técnica, Dr. José Lacerda de Azevedo.

José Lacerda de Azevedo nasceu na cidade de Porto Alegre em 12.06.1919 e titulou-se em medicina pela Universidade do Rio Grande do Sul (URGS). Como médico, veio a ser cirurgião, ginecologista e clínico geral. Também se formou em História Natural e iniciou os estudos em Belas Artes, ambas na URGS, não vindo a concluir a última por ter sido chamado pelo exército (Barradas, 2007). Sua figura é apontada como sendo dotada de uma inteligência investigativa e curiosa, sendo que sua produção escrita nos indica uma inclinação ao estudo de uma amplitude de saberes, tais como a física, a química, a biologia, a filosofia e a religião, manifestas e evidenciadas no seu labor em fundamentar e desenvolver a apometria.

O resultado das três décadas de dedicação que este médico aplicou no estudo, compreensão e desenvolvimento da técnica compuseram a matéria-prima da obra basilar da técnica, intitulada “Espírito e Matéria: Novos Horizontes para a Medicina”, publicada pela primeira vez em 1987. Nela o Dr. Lacerda fez um esforço multifacetado em enrijecer a técnica sobre pilares entendido por ele como científicos, estipulando para ela treze leis e as transcrevendo tanto dentro de uma linguagem das ciências exatas (Física e Química) quanto a explicando de forma dissertativa e temperada com exemplos de casos por ele estudados, ao mesmo tempo em que desenvolveu uma elaborada observação sobre o movimento espírita e sua relação com a ciência.

Sobre o espiritismo, ele desenvolveu uma visão crítica, que se sintonizava com uma determinada compreensão de espiritismo que vinha se gestionando desde o fim do século XIX dentro do movimento espírita e que acabou sendo conhecida como uma vertente científica do espiritismo, e que no Brasil ganhou particular importância diante do contexto de hegemonia de uma interpretação marcadamente religiosa da doutrina que ganhou força ao longo da primeira metade do século XX<sup>3</sup>. Assim, o Dr. Lacerda não se eximia em tecer críticas ao movimento espírita, como fica explícito em suas palavras:

*Muitos são os espíritas que não se interessam pelos fenômenos da alma. Chegam mesmo a desprezá-los, seja por não os compreenderem, seja por comodismo imobilista. Preferem um Espiritismo que enxergam como uma religião. E religião em moldes já ultrapassados: um ninho de certezas transcendentais onde as pessoas se acomodem, fabriquem dogmas, intocáveis ortodoxias, carismas, mitos e bem delineados limites à investigação, por mais sadia e necessária que seja. (Azevedo, 2007, s/p.)*

Os comentários tecidos acima, em tom de crítica, não expõem o destino ao qual foram endereçados, passando a ideia de se dirigir a certos grupos espíritas avessos à prática da experimentação, nos moldes da ciência moderna, valorizando, por sua vez, estritamente os aspectos morais e religiosos da doutrina de Kardec, quer por consciente intenção, quer fosse por comodismo. Tal impressão está de acordo com as intenções do autor, ainda mais quando se conhece que os envolvidos com a prática apométrica enfrentaram sérias ressalvas provenientes de quadros do movimento espírita.

Todavia, o trecho acima enriquece-se ao tomarmos conhecimento de que tal observação foi feita dentro de um contexto de efervescência pelo qual passava o movimento espírita do Rio Grande do Sul. No mesmo período, anos finais da década de 80 do século XX, as ideias do Dr. Lacerda sintonizavam-se em grande parte com as noções defendidas pelo corpo diretivo que gestionava a Federação Espírita do Rio Grande do Sul (FERGS)

<sup>3</sup> Sobre este conflito na interpretação e entendimento do caráter do espiritismo, ele se constituiu numa acirrada discussão mantida entre duas grandes vertentes da doutrina, onde uma defendia um caráter investigativo baseado no estudo empírico dos fenômenos espirituais, com possíveis perdas na atenção dispendida aos aspectos moralizantes da doutrina (científicos), enquanto outros promoveram a defesa do estatuto do espiritismo como sendo fundamentalmente e principalmente de ordem cristã e religiosa, com o aspecto investigativo e “científico” sendo posto em um nível de importância menor (religiosos ou místicos) (Arribas, 2008; Aubrée, Laplantine, 2009; Cavalcanti, 1983; Damazio, 1994).

desde 1978, e que se preocupava em colocar em prática campanhas que procuravam promover o estudo dentro do movimento espírita, ao mesmo tempo em que teciam críticas ao que identificavam como excesso e religiosismo dentro do movimento. Essa aproximação fundamentada no olhar crítico com que viam o movimento espírita será um elemento que evidencia um determinado contexto que possibilitou a permanência do Dr. Lacerda e do grupo envolvido com a apometria junto à FERGS.

Assim, relacionando as ideias defendidas pelo Dr. Lacerda com outras erupções intelectuais que guardavam sentido aproximado às dele, podemos esboçar um mapa que interligou o grupo envolvido com a apometria com outros coletivos localizados tanto na cidade de Porto Alegre, quanto com instituições estabelecidas em outras partes da América. Compreender a inserção das posições de Lacerda em um debate mais amplo que se desenvolvia conjuntamente em nível nacional e internacional dentro do movimento espírita é a chave para perceber de que forma se desenvolveram intrincadas redes sociais por onde se proporcionou a circulação de ideias que impulsionaram o surgimento e desenvolvimento de práticas, como as observadas pelo grupo dirigido pelo Dr. Lacerda<sup>4</sup>.

O período vivenciado pelo movimento espírita do Rio Grande do Sul nas décadas de 70 e 80 do século XX foi analisado a partir do conteúdo dos periódicos do veículo impresso oficial da Federação Espírita do Rio Grande do Sul, “*A Reencarnação*”, com vistas a contextualizar o ambiente no qual a técnica da apometria se desenvolveu e facilitar a reflexão sobre os elementos com os quais esta se viu defronte. Foi analisado o conjunto completo das edições lançadas entre janeiro de 1970 a dezembro de 1989, totalizando um montante de trinta e seis edições lançadas no período paralelo ao qual o Dr. José Lacerda de Azevedo desenvolveu suas pesquisas sobre a apometria junto ao grupo da Casa do Jardim, abarcando inclusive o momento de seu desligamento da FERGS-FEB.

A análise dos periódicos procurou primeiramente compreender melhor a dinâmica pela qual o movimento espírita passava durante o período, buscando, com isso, encontrar ecos das preocupações que motivaram e impulsionaram os trabalhos em torno da apometria. Desse trabalho movido por Lacerda e seu grupo, foi destacado o esforço com o intuito de tencionar os limites normativos que se construíram a partir da doutrina elaborada por Kardec, os quais, por sua vez, ganharam corpo sob os auspícios do movimento espírita encabeçado pela FEB, em uma empreitada em que Lacerda procurou relacionar os fundamentos espíritas com elementos múltiplos, compostos, sobretudo, por cargas de uma interpretação própria de ciência, somadas a aspectos do universo multifacetado da religiosidade popular brasileira, corporificada na chamada umbanda.

O primeiro impacto que o trabalho com os periódicos provocou foi a quebra de qualquer narrativa unificadora que apresentasse o desenvolvimento do espiritismo no Estado. O que o conteúdo das revistas expôs foi um ambiente de disputas, espaço onde diferentes grupos procuraram produzir, divulgar e legitimar suas ideias, e que produziram repercussões diversas (Bourdieu, 1989, 2011).

Assim, a análise das revistas evidenciou um acirramento crescente de ideias promovido por dois polos que se antagonizaram crescentemente, e que, de forma quase sempre polida, procuraram expor suas ideias e mover para si o entusiasmo do movimento espírita do Rio Grande do Sul. Tais polos, nas terminologias extraídas dos próprios periódicos, defendiam, de um lado, o espiritismo como sendo uma expressão fundamentalmente religiosa, não negando nunca o já cristalizado jargão de que o espiritismo se constituía enquanto doutrina de triplo aspecto, sendo uma religião sem deixar de ser ciência e filosofia, mas, defendendo sim, o protagonismo do que consideravam a mais alta ciência, a religião. Do outro lado, encontra-se a articulação de um grupo que, embora reduzido em número de integrantes, fez barulho com suas críticas ásperas ao movimento e que defendiam uma salutar minimização do que chamavam de *religiosismo* em prol da difusão do que entendiam como a verdadeira face espírita, defendida por eles como uma filosofia e ciência, crítica, racional e não dogmática<sup>5</sup>.

4 Signates (2013) irá abordar o contexto de disputas e erupções de cismas movidos dentro do movimento espírita, utilizando para isso elementos provenientes de Bourdieu para compreender as lutas internas que, fazendo uso do capital simbólico acumulado por cada grupo, marcam a concorrência pelo “mercado religioso” brasileiro, categorizando os conflitos que surgiram dentro do espiritismo, bem como nos quais este se insere externamente, enquanto cismas que marcam os limites construídos por uma e outra vertente religiosa.

5 Tal discussão entre uma versão do espiritismo mais religioso e outro mais científico é um fenômeno que marcou o desenvolvimento do espiritismo desde Kardec. Allan Kardec já havia demonstrado preocupações sobre essa relação dicotômica existente na doutrina, que ficariam expressas, sobretudo, nas publicações da revista dirigida por ele, a “*Revue Spirite*”. Todavia, como era esperado frente a

É essa manifestação declarada na forma de críticas ao movimento que, ao evidenciar o ensejo por alterações na postura do movimento espírita, mais aproxima este grupo que presidiu a FERGS com o coletivo dirigido pelo Dr. Lacerda. Ao que tudo indica, a existência de um grupo simpático à experimentação e à quebra de dogmas dentro da direção da Federação foi um elemento que propiciou condições mais favoráveis à permanência do grupo envolvido com a apometria, quer seja pelas campanhas que procuravam suscitar o estudo e a discussão da doutrina (propostas que a FERGS reservou grande emprego de energia em promover no período), ou pela significativa mudança no perfil editorial da revista oficial da Federação, em que passou a circular cada vez mais materiais que procuravam fugir da tradicional aposta em textos moralizantes e doutrinários.

Contudo, essa aproximação que este trabalho procura evidenciar precisa ser pensada com ressalvas, tendo em vista que os dois grupos, o que presidia a FERGS e o ligado a apometria, guardavam significativas distâncias em suas concepções doutrinárias, marcadas pelo valor que ambas atribuíam ao emprego de terapêuticas de origem mediúnica, e, sobretudo, às provenientes da matriz africana do culto aos orixás. Lacerda se mostrava simpático ao emprego de elementos provenientes do culto aos orixás<sup>6</sup>, sendo que, em contraponto, o discurso do grupo que presidia a FERGS demonstrou manter sempre ressalvas com experimentações religiosas, procurando ancorar-se em fenômenos que se apresentavam sob o signo da ciência, da parapsicologia e da experimentação científica levada a cabo em laboratórios.

Todavia, o fato de estes dois grupos estarem ambientados na mesma cidade e através de suas intenções e de seu labor terem atraído a resistência dos círculos que resguardavam noções mais tradicionais da doutrina espírita, apontam para elementos que compunham o contexto da época e que possibilitaram, por um lado, o surgimento e manutenção de perspectivas dissonantes às hegemônicas, bem como para a existência de um público simpático a tais ideias, e, por outro, para uma aparente rigidez com que se estruturou o movimento espírita que acabou por capacitá-lo de mecanismos que o permitiram expurgar agentes indesejáveis. Em suma, é uma disputa dentro do campo religioso que sofre diversas alterações ao longo do período estudado.

Este é apenas um esboço, baseado no estudo da apometria, para indicar os significados das mudanças nas concepções e nas práticas utilizadas pelos indivíduos ao longo da constituição das suas atividades. Os elementos apontados indicam a complexidade da questão. A técnica apométrica se desenvolveu relacionando a doutrina espírita com elementos da medicina moderna, da parapsicologia, de doutrinas esotéricas e de tradições oriundas da grande matriz de culto aos orixás, que acabaram dando origem a uma terapia com ampla envergadura de aplicação no trato das mazelas físicas e espirituais, entendida aqui dentro de uma concepção terapêutica já difundida nos meios espíritas desde os fins do século XIX. Contudo, tais costuras construídas pelo grupo dirigido pelo médico José Lacerda de Azevedo acabaram enfrentando a resistência de grupos espíritas já envolvidos com a discussão dos elementos tidos como legitimamente espíritas e que viam com ressalvas tais aproximações. As resistências enfrentadas pelo grupo acabaram afastando os mesmos das atividades no Hospital Espírita e na Federação Espírita do Rio Grande do Sul.

Procuramos entender o espiritismo como um fenômeno histórico, social e, sobretudo, humano. Percebe-se uma fina relação existente no meio espírita entre doutrina, verdade e fê, que, tenazmente fortalecida pelos grupos detentores de poder normativo, acabaram cristalizando determinada concepção doutrinária e a promovendo pela bem construída teia federativa. Tais limites normativos, como vistos nos casos da apometria, acabaram se mostrando como verdadeiros bastiões não só da doutrina, como, sobretudo, do movimento espírita, que não permitiu ver nascer em seu interior noções discrepantes que poderiam colocar em xeque todo um conjunto de noções que embasavam toda estrutura com que o espiritismo no Brasil havia se construído.

um dilema dessa magnitude, o codificador não chegou a uma resposta satisfatória, legando aos futuros espíritas essa encruzilhada de noções. Pouco tempo após o falecimento de Kardec, o movimento que se internacionalizava carregou consigo essa questão mal resolvida, a qual, no Brasil deu surgimento ao conflito observado entre os anos de 1870 e 1880 entre “místicos” e “científicos”, do qual saiu fortalecido os primeiros, que, por sua vez, deram origem ao núcleo inicial do que viria ser a FEB. A disputa que observamos entre os dois grupos que lutaram por imprimir na FERGS determinada concepção do espiritismo pode ser entendida como uma continuidade desta questão doutrinária não resolvida, cuja incerteza acabou sendo explorada amplamente quando da formulação de novas costuras doutrinárias, tal como observado no caso da apometria de José Lacerda de Azevedo (Arribas, 2010; Aubrée, Laplantine, 2009; Silva, 2005; Stoll, 2003).

6 Segundo seu biógrafo Carlos Barradas, a opinião de Lacerda sobre a Umbanda era a de que este “a percebia como uma filosofia de vida e prática mediúnico-religiosa útil e necessária ao povo brasileiro, ainda tão apegado a liturgias e rituais, e que a mesma era uma espécie de ponte entre o Catolicismo, dominante, e o Espiritismo, libertador”. (Azevedo, 2007).

Assim, torna-se mais compreensível os rumos que acabaram tomando os processos estudados, nos quais os grupos detentores de noções tidas como desviantes, acabaram por serem afastados do corpo federativo, tido por eles como único representante legítimo do “verdadeiro” espiritismo no Brasil, dando origem a movimentos paralelos, os quais, por sua vez, configuraram um ambiente onde se produziram críticas mútuas entre um e outro grupo, com a finalidade de descaracterizar e deslegitimar o outro, construindo narrativas que enquadravam o antípoda como um produto de desvios e equívocos interpretativos da doutrina.

Além do inusitado da temática, as discussões internas do movimento demonstram o quanto temos um arcabouço diversificado de reflexões a serem abordadas quando nos abrimos para outras possibilidades de análise da história social da saúde e da enfermidade.

## Bibliografia

- Arribas, Célia da Graça, 2010, *Afinal, espiritismo é religião?: A doutrina espírita na formação da diversidade religiosa brasileira*, Alameda, São Paulo.
- Aubrée, Marion, Laplantine, François, 2009, *A mesa, o livro e os espíritos: gênese, evolução e atualidade do movimento espírita entre França e Brasil*, EDUFAL, Maceió.
- Azevedo, José Lacerda de, 2009, *Energia e espírito*, Mais Que Nada, Porto Alegre.
- Azevedo, José Lacerda de, 2007, *Espírito e matéria: novos horizontes para a apometria*, Nova Prova, Porto Alegre.
- Azevedo, José Lacerda de, 1975, “A ciência da espiritualidade aplicada à medicina”, *Tese apresentada no X Congresso Espírita Panamericano*, Buenos Aires, [s. n.].
- Barradas, Carlos, 2007, “História da Apometria”, Azevedo, NOME, *Espírito e Matéria: novos horizontes para a apometria*, Nova Prova, Porto Alegre.
- Barradas, Carlos, 1997, “Aspectos históricos da apometria”. Trabalho apresentado no 4º Congresso Brasileiro de Apometria. Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.casadojardim.com.br/aspectos.htm>>. Acesso em: 25 mai. 2015.
- Barth, Fredrik, 2000, *O Guru, o Iniciador e outras variações antropológicas*, Contra Capa Livraria, Campinas.
- Bourdieu, Pierre, 1989, *O poder simbólico*, Bertrand Brasil, Rio de Janeiro.
- Bourdieu, Pierre, 2011, *A economia das trocas simbólicas*, Perspectiva, São Paulo.
- Carvalho, Maria Alice, Lima, Nísia Verônica, 1992, “O Argumento Histórico nas Análises de Saúde Coletiva”, *“Saúde Coletiva? Questionando a Onipotência do Social*, ABRASCO/Relume Dumará, Rio de Janeiro, pp. 117-142.
- Cavalcanti, NOME M. L. V. C., 1983, *O mundo invisível: cosmologia, sistema ritual e noção de pessoa no espiritismo*, Zahar Editores, Rio de Janeiro.
- CEPA, 1964, *Libro del Sexto Congreso*, Buenos Aires.
- Cuche, Denys, 1999, *A Noção de Cultura nas Ciências Sociais*, EDUSC, Bauru.
- Damazio, Silvia, 1994, *Da elite ao povo: advento e expansão do espiritismo no Brasil*, Bertrand Brasil, Rio de Janeiro.
- Darnton, Robert, 1998, *O lado oculto da revolução: Mesmer e o final do Iluminismo na França*, Companhia das Letras, São Paulo.
- Edler, Flávio, 1992, *As reformas no ensino médico e a profissionalização da medicina na corte do Rio de Janeiro 1854-1884*, Dissertação (Mestrado em História), Departamento de História/USP, São Paulo.
- Foucault, Michel, 1963, *O Nascimento da Clínica*, Editora Forense-Universitária, Rio de Janeiro.
- Foucault, Michel, 1979, *Microfísica do Poder*, Editora Graal, Rio de Janeiro.
- Giumbelli, Emerson, 1997, *O cuidado dos mortos: uma história da condenação e legitimação do espiritismo*, Arquivo Nacional, Rio de Janeiro.
- Hochman, Gilberto, Armus, Diego, 2004, “Cuidar, controlar, curar em perspectiva histórica: uma introdução”, *Cuidar, controlar, curar. Ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, pp. 11-25.
- Lewgoy, Bernardo, 2004, *O Grande Mediador: Chico Xavier e a cultura brasileira*, EDUSC, Bauru.
- Miguel, Sinuê, 2007, *Espiritismo unificado: movimento espírita brasileiro e suas relações com o Estado (1937-1951)*, Monografia (Bacharelado em História) –Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Pimenta, Tânia Salgado, 2003, “Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX”, Chalhoub, Sidney (org), *Artes e Ofícios de Curar no Brasil: capítulos de história social*, UNICAMP, Campinas, pp. 307-330.
- Porter, Roy, 1985, “The Patient’s View: Doing Medical History from Bellow”, *Theory and Society* v. 14, n. 2, pp. 175-198.
- Porter, Roy, 1987, *Uma História Social da Loucura*, Jorge Zahar, Rio de Janeiro.
- Porter, Roy, 2001, *Cambridge. História Ilustrada da Medicina*, Revinter, Rio de Janeiro.
- Porter, Roy, 2004, *Das Tripas Coração. Uma Breve História da Medicina*, Record, Rio de Janeiro.

- Porter, Roy, Teich, Mikulás, et al., 1998, *Conhecimento Sexual, Ciência Sexual*. A História das Atitudes em Relação à Sexualidade, Fundação Editora da UNESP, São Paulo.
- Rodriguez, Luis José, 1963, *Hipnometria*, [s. n.], Buenos Aires.
- Sampaio, Gabriela dos Reis, 2001, *Nas trincheiras da cura: As diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial*, EdUNICAMP, Campinas.
- Sanglard, Gisele, 2006, “A Construção dos Espaços de Cra no Brasil: entre a caridade e a medicalização”, *Esboços* v. 16, Revista do Programa de Pós-Graduação em História da UFSC, Florianópolis, pp. 11-34.
- Sanglard, Gisele, 2008, *Entre os Salões e o Laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940*, Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- Scherer, Bruno, 2015, *A Federação Espírita do Rio Grande do Sul e a Organização do Movimento Espírita rio-grandense (1934–1959)*, Dissertação (Mestrado em História), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.
- Signates, Luiz, 2013, “Cisma religioso e disputa simbólica: tensão comunicacional no espiritismo brasileiro e pan-americano”, *Fragmentos da Cultura*, v. 23, n. 1, Goiânia, pp. 39-50.
- Silva, Flavio da, 2005, *Espiritismo: história e poder (1938-1949)*, EDUEL, Londrina.
- Soares, Márcio de Souza, 2001, “Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial” *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 8, n. 2, pp. 407-438.
- Stoll, Silvia, 2003, *Espiritismo à brasileira*, Editora da USP, São Paulo.
- Vigarello, Georges, s.d., *História das Práticas de Saúde*. A Saúde e a doença desde a Idade Média. Notícias Editorial, Lisboa.
- Weber, Beatriz Teixeira, 1999, *As Artes de Curar*, EDUFMS/EDUSC, Santa Maria/Bauru.

## **Entre los fines y los medios. La revista viva cien años como corpus documental para un abordaje desde la nueva historia social de la salud y la enfermedad**

*Luciana Linares*

El campo de estudio de la historia socio cultural de la salud y la enfermedad permitió el amplio abordaje de diferentes temáticas vinculadas a los actores participes de los procesos de salud y enfermedad. El entrecruzamiento necesario con otros campos de conocimiento y abordaje interdisciplinario trajo aparejada no solo la profundización de las temáticas sino también nuevas preguntas y nuevas miradas sobre las fuentes históricas. El estudio de éstas, invitó a indagar acerca de distintos mecanismos dados en las dinámicas de salud y enfermedad. Desde este marco se propuso el análisis de las revistas especializadas que dio como resultado la proliferación de trabajos que abordaban los discursos médicos y profesionales acerca de las enfermedades, los enfermos, avances tecnológicos, consolidación de campos profesionales y el surgimiento de cuadros intermedios. El presente artículo busca rescatar un corpus documental en particular, que se caracteriza por la articulación entre la dimensión profesional del discurso médico y los mecanismos mediante los cuales se comunican ciertas líneas de pensamiento sobre la vida, a partir del consejo médico como creador de una verdad *a priori* incuestionable y pensada desde la construcción del *bien común*. Presentaremos aquí a la publicación argentina *Viva Cien Años (VCA)* que se propone como la primera revista de divulgación científica de carácter popular.

El trabajo sobre esta publicación, nos permite observar el clima de época, el vigor de cierto paradigma respecto al concepto de salud, las vinculaciones entre raza y género, así como la creación de medios de comunicación especializados con alcance popular en el marco de la consolidación del proceso de medicalización (1). Desde este enfoque podemos avanzar en el estudio de los mecanismos de divulgación popular y construcción del discurso médico eugenésico en Argentina.

Este artículo recorre la presentación de la revista *VCA* como corpus documental para la investigación en el campo de la Historia socio cultural de la salud y la enfermedad en Argentina, así como algunas de las posibilidades de estudio que de ella emanan, un acercamiento a las estrategias metodológicas para abordarla, el papel de los médicos abocados a la revista y el inicio de la irrupción de éstos en los medios masivos de comunicación. Luego de esta presentación, daremos paso a una serie de conclusiones y nuevas preguntas que guían investigaciones en curso.

### **La revista *Viva Cien Años* como corpus documental**

La elección de la publicación *VCA*, como corpus de trabajo, estuvo relacionada a varios criterios. En principio, a la necesidad de analizar los mecanismos de circulación del conocimiento científico desde la clave de la intención de este grupo de médicos de popularizar conceptos referidos a la eugenesia. En segundo lugar, la revista mencionada permite rastrear los mecanismos discursivos mediante los cuales se llevaban adelante las operaciones referidas a difundir la necesidad del cambio de prácticas sociales en función del ideario eugenésico durante los años 30 y 40'. Dichas operaciones tuvieron a la mujer como ente de divulgación y direccionamiento de políticas (Nari, 2004, 55), así también como agente articulador y legitimador del saber médico, que construye un "deber ser" de la mujer en la esfera pública como en la privada. En tercer lugar, el carácter popular de publicación- o por lo menos sus intenciones de serlo- que no sólo utilizaba un lenguaje sencillo acompañado por recursos de la época (como la composición de la escena fotográfica, fotonovelas o breves historias de la vida real) sino también una publicación que contaba con la llegada a las principales ciudades del país (2). El corpus documental analizado consta de veintidós tomos, las revistas tuvieron en principio una salida mensual y luego y por diez años, quincenal. En total se editaron con continuidad entre los años 1934 y 1947, contando con más de 490 números de la revista- esto sumado a los números especiales y ediciones de colección donde se editaban las notas y escritos de médicos como Barilari, Fernández Verano, Escardó, Rossi, Grasso y Arturo León López entre otros-. Si bien el número de tirada de la publicación no aparece como dato fehaciente, la circulación de la misma puede registrarse en varias provincias del país. Sumado al crecimiento del negocio edito-



rial por esos años y la consolidación del proceso de medicalización (Armus, 2007) la creación de un medio de comunicación que divulgara el conocimiento médico y el ideario eugenésico se plasmaba como una realidad editorial y desde ese contexto surgió la autodefinición como “la primera revista sudamericana de salud... de orientación y divulgación científico higiénica, esencialmente popular.”(3) Dicha afirmación- aspiración- pone en evidencia por sí misma, el interés que despierta el corpus de fuentes históricas que aquí presentamos.

Los mecanismos de circulación del conocimiento científico, se expresaban en la creación de estas publicaciones especializadas que proponían la divulgación popular de esos saberes. Esto estuvo estrictamente relacionado con la estructura y desarrollo del campo científico en cuestión; más aún en el caso de las nociones propias del ideario eugenésico y las redes biopolíticas internacionales (Vallejo, 2012, 167), que hizo necesario que el grupo de profesionales interesados en la *ciencia del buen nacer* utilizara operaciones discursivas para comunicar las pautas y ventajas de responder al modelo eugenésico. Para llegar a este análisis fue necesario introducirnos en el estudio de las características de los hombres de ciencia que formaban parte de la revista. Siendo que el conocimiento científico es considerado como un producto social, es dependiente de la interacción de una comunidad científica, aquí es cuando la comunicación como expresión del lenguaje, funciona como nexo que crea y – más aún- recrea los saberes en función a los objetivos. “El conocimiento científico, como el lenguaje, es intrínsecamente la propiedad común de un grupo o no es nada. Para comprenderlo debemos conocer las características especiales de los grupos que los crean y los usan.” (Kuhn, 1971, 209/210). El abordaje de un medio especializado como VCA propone entrecruzar diversas fuentes para recorrer la construcción de los perfiles de quienes llevan adelante la publicación como es el caso de los médicos León López, Barilari y Grasso, quienes fundaron la publicación y la Editorial Integral Humana. Mencionaremos aquí que esta editorial editaba libros relacionados a los procesos de salud y enfermedad, otras revistas especializadas menores y diversificaba sus actividades hasta lograr producir programas radiales vinculados a la salud. La lectura de sus tesis, artículos, conferencias y publicaciones nos permitió explorar sus trayectorias y adentrarnos en la línea editorial que luego llevaron adelante en VCA, así como trazar los temas de agenda y las relaciones institucionales que dan lugar a la creación de la revista como agente de divulgación popular de saberes

Otra de las estrategias metodológicas para abordar este corpus de fuentes históricas, radico en el análisis de las imágenes expuestas por la publicación como expresión del periodismo médico. Las fotografías y gráficos, actuaban como parte de la materialidad del discurso y la bajada directa de las líneas editoriales. En este marco, las imágenes constituyeron nuevos tipos de documentos históricos, que encierran en sí mismos, nuevas formas de escritura. Implican una selección subjetiva del momento y expresión determinada, así también cumplen una función. El documento fotográfico- por ejemplo- propone así, un prisma de problemáticas que hacen de estos documentos, dispositivos atractivos a la hora de indagar sobre el pasado. Difundida en el siglo XX, la fotografía como expresión artística y registro testimonial, permite avanzar en los modos de comprensión de la realidad- por partes de los contemporáneos- y también dejan entrever la selección de aquellos elementos que se quieren resaltar, a partir de la mirada del fotógrafo o de la línea editorial representada, en el caso de las publicaciones gráficas. Siendo así: “Toda fotografía representa el testimonio de una creación. Por otro lado, ella representará siempre la creación de un testimonio.” (Kossov, 2001. 42.).

El análisis de las secciones, las notas así como las publicidades y auspicios- tanto de organismos gubernamentales, como de grandes empresas y laboratorios- brindaron herramientas para conocer las operaciones comunicacionales de la publicación. La coherencia entre publicidad comercial y propaganda eugenésica, establecía claros mecanismos de naturalización de ciertas lógicas y de aportes a un bien social desde el cuidado individual. Estos elementos también nos permitieron realizar periodizaciones internas de la publicación siempre íntimamente vinculadas al contexto socio histórico nacional e internacional.

Entre finales del siglo XIX y la primera mitad del XX, la ampliación del mercado de consumo, puso de manifiesto nuevas formas de lectura acerca de los bienes materiales y culturales. La publicidad, la privacidad y la revolución del mercado en Argentina (4) afectaron al mundo de la comercialización de productos y declararon permeables los límites entre el consumo público y la vida privada de las personas. Para ello hicieron uso de un nuevo conjunto de engranajes y mecanismos discursivos que respondieron a la modernidad comercial utilizando la publicidad como estrategia de un grupo productor, para crear la necesidad de consumo de tal o cual producto, en pos de mejorar la calidad de vida de sus consumidores. Entre estos mecanismos encontramos a la fotografía y su lenguaje iconográfico como punto central de la publicidad desde los años 30 en adelante.

El análisis de las editoriales, secciones, notas y publicidades dentro de la publicación, fue de vital importancia

para entender la selección de la misma, dado que en otras publicaciones médicas (por mencionar ejemplos, podemos citar *La Semana Médica*, *La Tribuna Médica*, *La Prensa Médica*, etc.) los mecanismos y operaciones antes mencionadas no se encuentran plasmadas, por ser estas revistas netamente académicas y científicas. Sin embargo, al igual que las mencionadas, VCA cuenta con el auspicio de más de 100 instituciones médicas focalizadas en la preocupación por la salud popular y la legitimidad de los profesionales que las componen, sin embargo, muchos de los hombres de ciencia que publican sus trabajos en estas prestigiosas revistas, lo hacen en VCA con un lenguaje accesible, realizando operaciones discursivas distintas a las realizadas en las publicaciones académicas. Tal esfuerzo fue uno de los principales objetivos de VCA: por la divulgación popular de saberes eugénicos.

### **La revista, como medio de comunicación y los médicos como agentes del biopoder**

Desde una perspectiva foucaultiana, todo poder, necesita legitimarse a partir de una estructura que vincule su toma de decisiones con una idea del “bien común”. Para ello, construye discursos sociales que produzcan verdades afines al grupo que detenta ese poder: “No hay ejercicio del poder posible sin una cierta economía de discurso de verdad... sometemos a la producción de verdad del poder y no podemos ejercer el poder sino a través de la producción de verdad” (Foucault, 1993, 24) Estos discursos que se pretenden con carácter de verdad, también, se impusieron en las publicaciones que llegaban a los hogares. Para lograr este objetivo, en el siglo XX, se hizo uso de los medios de comunicación. Los periódicos, diarios, revistas y la radio sirvieron en esos términos, para pensar el alcance a la mayor cantidad de población de manera efectiva.<sup>1</sup>

En el caso del análisis propuesto, cabe mencionar que el mecanismo utilizado para legitimar el discurso eugénico tuvo como protagonistas a la mujer y al médico. Éste último como actor social portador de un saber sobre la vida y la primera como agente vital para la intención de cambio de prácticas. La publicación, como medio de comunicación, fue interesante para este análisis porque pudimos observar las formas en las que el discurso eugénico y el pensamiento médico<sup>2</sup> tomaban carácter de “verdad” a la hora de pensar la cuestión de la población y la constante búsqueda del “biotipo nacional” por parte de la elite dirigente. Las décadas del 30 y 40’, le otorgaban elementos socio históricos<sup>3</sup> que enmarcaban el impacto del discurso. Ese discurso, propuso una especie de recetario de normas a seguir, medidas a tomar que presentaban lo que en términos foucaultianos podríamos denominar como voluntad de verdad, siendo que: “...esta voluntad de verdad apoyada en una base de distribución institucional, tiende a ejercer sobre los otros discursos- hablo siempre de nuestra sociedad- una especie de presión y de poder de coacción.” (Foucault, 2012, 22.)

La clave para entender como este discurso eugénico se introdujo en los debates legislativos, tiene como protagonistas a los mismos actores que intentaron divulgar éste ideario en la vida cotidiana del grupo social consumidor de la publicación: los médicos<sup>4</sup>. El lugar del consejo, el lenguaje accesible, el carácter de verdad como constructor de lo deseable y aquello que no lo era, hace de VCA una revista que fue utilizada como medio y fin, en el anhelo de homogeneizar y crear un consenso acerca del deber ser de los cuerpos. El hecho de ser una publicación de divulgación popular y editada por médicos, fortalecía el ejercicio del biopoder. La persuasión,

1 Sobre este punto no podemos evitar mencionar los trabajos clásicos realizados acerca de la prensa y el alcance de esta en función de la construcción de opinión y dinámicas de circulación de la información y el papel de la prensa. Mencionaremos los trabajos de: Aníbal Ford, Jorge Rivera y Romano Eduardo, 1985, *Medios de comunicación y cultura popular*. Buenos Aires, Legasa, José Luis Romero y Luis Alberto Romero (comp.) 1983, *Buenos Aires. Una historia de cuatro siglos*. Buenos Aires, Abril. Ricardo Sidicaro, 1993, *La política mirada desde arriba. Las ideas del diario La Nación, 1909- 1989*. Buenos Aires, Sudamericana; Sylvia, Saïttia 1998, *Regueros de Tinta. El diario Crítica en la década de 1920*. Buenos Aires: Sudamericana; Jorge Rivera, 1985, *El escritor y la industria cultural*. Buenos Aires: Centro Editor de América latina.

2 Entendiendo que el pensamiento médico ordena cuestiones referidas a la vida buscando: “... deslindar lo que normal de lo que es anormal, que no son del todo, justamente, lo ilícito y lo lícito...busca también asignarse medios de corrección que no son exactamente medios de castigo, sino medios de transformación del individuo, toda una tecnología del comportamiento ligada a ese fin...” En: Foucault, Michel, 2012, *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. Buenos Aires, Siglo XXI, pp 35 y 36.

3 Es decir, en un contexto donde el modelo de Estado esta cambiando a la luz del nacionalismo, el desarrollo industrial, los cambios del mercado de consumo de bienes culturales y la participación política de sectores vinculados al mundo del trabajo.

4 Cuando hablamos de los médicos, referimos a aquellos que formaban parte de la publicación creada por Barilari, Grasso y dirigida Arturo León López.

como proceso destinado a modificar pautas, costumbres, actitudes a través del discurso, constituye uno de las bases de la profesión médica<sup>5</sup>. Razón por la cual, éste profesional puede pensarse como un agente del biopoder. Su lugar como poseedor del saber sobre los cuerpos, y su capacidad para incidir en la vida privada y pública de los individuos, lo hacía un protagonista inequívoco en la construcción de un discurso social que proponía el cuidado ambiental de los individuos para el mejoramiento racial. Idea que se enmarcaba en un contexto de saberes científicos de carácter internacional.

El cuerpo y el saber, se conjugan en la figura del médico. Estos médicos, se relacionan con la estructura de poder político (Nari, 2012, 35). Fueron consultados por legisladores, políticos en gestión, instituciones estatales que tratan cuestiones poblacionales. La agenda política, referida a la cuestión demográfica, se diseñaba en los años 30' y 40' a la luz de la eugenesia de coerción disimulada. El medio de comunicación, en este caso gráfico, fue importante para entender los mecanismos que utilizaba la coerción disimulada. Introducen, las temáticas que le interesan a la agenda política y social. De esta manera, y en el contexto de un mercado de consumo apto para el desarrollo de estas publicaciones, los discursos celebratorios sobre los beneficios de la eugenesia como disciplina llamada a dar respuesta a las cuestiones poblacionales, protagonizan una revista particular. Mencionemos como ejemplo de la ley de Profilaxis de enfermedades venéreas, sancionada en 1936. Desde 1934, la revista VCA pone como uno de los temas centrales, la peligrosidad no sólo de los “males venéreos” sino también la necesidad de contar con herramientas – como es el caso del certificado médico prenupcial- que legitimen la educación preventiva de los novios, dentro del ideario eugénico: “El imperativo eugénico de “casar selectos y parir selectos” se instrumenta así mediante la educación prematrimonial, el consejo prenupcial y el diagnóstico biosocial, con arreglo al árbol genealógico y al psicobiograma individual”. (Miranda, 2011, p. 59). En muchas notas que formaron parte de los números de VCA aparecen estas herramientas. No sólo el certificado médico prenupcial, sino la función de las visitadoras higiénicas, los consultorios de eugenistas, las fichas biotipológicas, genealógicas y de patologías familiares que la revista brindaba, denunciando no sólo el peligro de las enfermedades que se transmitían a las nuevas generaciones, sino también de las posibilidades de mejora de esas características a partir de las prácticas eugénicas. La dualidad entre problema y solución fue parte de las estrategias discursivas. Entonces, las operaciones discursivas de la revista, enmarcaban y naturalizaban la recepción que la población (para la que está pensada la publicación) haya tenido de la ley n°12331. Ley que interviene en la esfera pública y privada de los individuos.

Una de las particularidades de VCA, radica en la conjugación del impacto de la creación de un medio de comunicación especializado, su intención de aporte para modificar pautas de la vida privada de los individuos, con la pluma que lo escribe. El médico utilizaba sus mecanismos de persuasión para introducir parte de un ideario eugénico (siempre excluyente) y advertir de las problemáticas a las cuales se podía exponer al conjunto social, desde el consejo y haciendo uso de la voluntad de verdad.

Los medios de comunicación, instalan agenda y erigen una serie de enunciados que construyen un discurso social acerca del “deber ser” de los cuerpos. Lo hacen en la actualidad y lo hicieron en el siglo pasado. Estos mecanismos pretendían normalizar y homogeneizar las prácticas de los individuos, desde la persuasión en apariencia horizontal, generando empatía en la relación médico y lector-paciente. La biopolítica, hace uso de los medios de comunicación, y allí extiende redes de poder sobre la vida de las personas, legitimando discursos. La vida, los cuerpos y el poder sobre éstos, son asuntos propios de la biopolítica y para lograr ciertos objetivos crean mecanismos persuasivos. Los medios de comunicación, son engranajes en esta compleja maquinaria de poder, que no tienen como objetivo final llegar al individuo, sino a la población como cuerpo social, entendiendo que población “No quiere decir simplemente un grupo humano numeroso, sino seres vivos atravesados, mandados y regidos por procesos y leyes biológicas.” (Foucault, 2012, p. 245)

Es así, que adentrarnos en las operaciones discursivas en torno a la mujer en la publicación VCA, nos permite ver cuáles son los mecanismos que ejercen una función biopolítica. Desde allí podemos observar que se entremezclaban los discursos acerca de la posibilidad de optimizar las condiciones materiales de vida, con necesidades de agenda política vinculadas a las tasas de natalidad, control de la población, y más aún de las

<sup>5</sup> Considerando los tres elementos esenciales de la profesión médica, el último e igualmente importante refiere a la persuasión: “... el buen médico no es el que solamente diagnostica reflexionando y persuade hablando. Es también el que logra, gracias a su poder de persuasión, convencer a su enfermo de que no basta con tomar medicamentos, sino que además (debe) modificar por completo su manera de vivir...” En: Foucault, Michel, 2009: *El gobierno de sí y de los otros*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, p272.

enfermedades que afectan la dinámica que controla a la mano de obra productiva. En VCA, las operaciones discursivas ponen a la mujer como agente de control y a la vez de peligro del orden social. En ella recae la responsabilidad de las generaciones futuras, del control sobre los individuos y de las regulaciones poblacionales. El problema político pasa a ser moral, se transforma en médico y desde allí entra en los hogares, presentado no como responsabilidad sino como aporte a una cuestión mayor como la búsqueda del *biotipo argentino*.

Es decir, fue el médico- sujeto que detenta el poder sobre- el que entraba en diálogo con la mujer de clase media que consumía este tipo de productos – objeto y sujeto de políticas de control de los cuerpos- a través de una publicación que como medio de comunicación, intenta formar opinión y modificar conductas, apelando a la persuasión, desde la legitimidad científica de la voz que desarrolla la agenda y también desde la horizontalidad del lenguaje utilizado, generando empatía con el universo lector.

### A modo de cierre

*“Cómo es posible evitar el desorden social cuando gran parte de una colectividad está compuesta de enfermos, de incapaces, de neurópatas, de semidementes y de dementes, de anormales y criminales?... así- mediante la formación de la conciencia eugénica popular; con el auxilio de la escuela, la prensa y la radio- los cultores de la eugenesia y de la higiene mental pretenden lograr su objetivo...El éxito de la eugenesia está ligado ante todo, a la conquista de la opinión pública...” (Kehl, Renato: “En el siglo de la Eugenesia.” En: VCA, Vol. IV, n° 6, enero de 1938, pp. 439 y 497.)*

El caso de los estudios realizados utilizando la revista VCA como base del corpus de fuentes históricas, nos permiten realizar nuevas preguntas sobre los actores, los procesos y los conceptos de salud y enfermedad. Estas nuevas problematizaciones profundizan los saberes acerca de dichos procesos. El entrecruzamiento de fuentes así como la colaboración de otras disciplinas nos llevan a estudiar problemáticas históricas que repercuten y nos ayudan a entender muchas de las variables presentes en la actualidad.

Estudiamos la revista *Viva Cien Años*, por las razones de las cuales dimos cuenta, pero también porque como corpus de fuentes, nos presenta un prisma desde donde podemos referir a la relación Ciencia, Estado, Biología, nucleado en la mujer como centro. Siendo esta potencial agente difusor de la teoría, como responsable del engendrar y educar al próximo ciudadano eugénico. Nos permite ver los intereses que laboratorios y marcas relacionadas a la salud- luego de la consolidación del proceso de medicalización- tienen en la propuesta de estos médicos de pensar en términos de raza, pueblo y nación, siendo que la publicidad evidencia la propaganda eugénica. Así también, podemos desde ella recorrer el clima político de la época y los elementos culturales de los que se hacía uso, para llegar a la población- como es el caso de las publicaciones, la radio, la fotonovela, etc. Otro interés radica en que la revista ha sido abordada desde la historiografía, desde temáticas segmentadas o para ser ejemplo del desarrollo de ciertas problemáticas, pero nunca desde la construcción de una cadena de referencias mutuas de discursos, lo cual complejiza el análisis. Esta publicación dio como resultado la proliferación de una línea de publicaciones editoriales, de libros y otras revistas, así también de programas radiales que respondían al ideal que planteaba la eugenesia. Es tal vez, uno de los primeros mecanismos de divulgación popular y evidencia de la recepción que tenían estas publicaciones en el mercado. Podemos decir esto no solo por los años en que estuvo vigente, saliendo de manera quincenal, sino por los el alcance de los centros de divulgación- en las ciudades capitales de las provincias como Santa Fe, Córdoba y Mendoza- así como el crecimiento de la sección dedicadas a las cartas y consultas de lectores- con los resguardos que debemos tomar respecto al carácter fidedigno de los mismos- .

*El estudio de la publicación nos permite, de alguna manera, adentrarnos en el debate historiográfico acerca de la irrupción e impacto de la eugenesia en el país. Siendo que este caso, es un claro intento de la teoría eugénica de pasar de los claustros académicos al barro de la historia, aquí radica el carácter innovador del mismo. Debemos asumir que tanto la hipótesis como los objetivos de trabajo antes mencionados, fueron sufriendo a lo largo del proceso de investigación algunas modificaciones a la luz de nuevas lecturas y problematizaciones.*

Cabe mencionar que muchos de los médicos que escribían en ella, fueron convocados por diferentes fuerzas políticas y algunos fueron autores de proyectos de ley que planteaban la incorporación de valores eugénicos.

Muchos de estos proyectos, fueron leyes sancionadas y vigentes hasta el día de hoy.

A modo de cierre, podemos decir que las líneas editoriales de VCA respondieron, en principio, a la necesidad de generar una publicación de divulgación popular que intente instalar - en la agenda pública- los beneficios y necesidades de la eugenesia, como ciencia que resuelve las problemáticas sociales desde mediados de la década de 1930 y hasta finales de los 40'. Ese fue su principal objetivo. Así, crearon el medio para dirigirse al sujeto protagonista y nexos entre esa reflexión teórica y la realidad cotidiana de las personas. La mujer, se constituye aquí, como un eje clave para lograr la permeabilidad del discurso – desde los claustros académicos a los hogares argentinos-. La mujer feliz, dedicada al hogar, consciente de la importancia de la selección de pareja en función de la herencia de caracteres: esa era la imagen que VCA intentó difundir entre las mujeres de clase media que -mediante la ampliación del mercado de consumo- adquirirían esta publicación. Para obtener la legitimidad deseada por estos eugenistas y médicos se establecieron distintos mecanismos de construcción de esos discursos que se presentaron como verdades avaladas por la ciencia, en pos del progreso. La referencia constante fue a la mujer lectora y potencial paciente, es decir, se habla a los cuerpos obedientes del orden social que se intentó imponer en la agenda pública: esa mujer, madre, difusora de prácticas y con conciencia eugénica del cambio social propuesto.

La publicación *Viva Cien Años* refleja la complejidad del proceso. Por un lado, nos demuestra la participación activa de un grupo de médicos y profesionales de la salud, que sin dejar de lado la academia como espacio de conocimiento, abordan la tarea de la difusión del ideario eugénico.

Por un lado, el lenguaje sencillo y los sujetos elegidos, expresaban la cercanía entre el médico y los potenciales pacientes, así como la estructura de “consejero” permitía el planteo de cambios y modificaciones desde el seno de la unidad familiar. La potencia de esta publicación estaba dada por el poder que tuvo la opinión, el consejo del médico respecto a la vida de las personas, en particular de la mujer. Durante la primera mitad del siglo XX, la eugenesia fue utilizada como instrumento científico con el fin de “administrar” la diversidad y los problemas poblacionales del momento, controlando la vida, con intenciones de homogeneizar la población y excluir aquellos no aptos, para el ideario eugénico.

*Viva Cien Años*, siendo un medio de comunicación, fue parte necesaria en el proyecto de los eugenistas en Argentina aunque también respondía a la suma de intereses comerciales para la instalación de productos y servicios vinculados a la salud. Considerando a la eugenesia y sus pretensiones de ciencia práctica, los medios de comunicación se convirtieron en parte esencial, como artefactos para la conquista o por lo menos intromisión de pautas y preocupaciones eugenésicas en la opinión pública. De allí la íntima relación que este caso presenta entre los medios de comunicación y los fines que persiguen.

#### Notas

1. Estas relaciones fueron parte de los objetivos de trabajo de la tesis de maestría, basada en el estudio de la publicación. Linares, Luciana, 2014, *Delineando los cuerpos. Construcciones discursivas en torno a la mujer a través de la propaganda eugénica en Argentina. El caso de la publicación Viva Cien Años. 1935-1947*. Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata.
2. A través de herramientas como las cartas de lectores, las publicidades, la promoción de suscripciones, precios diferenciados y cupones de encuadernación que referencian a distintas ciudades del interior del país, podemos plantear que la revista tenía una distribución extendida a otras capitales provinciales. Cabe mencionar que estas cuestiones fueron analizadas en la tesis de maestría antes mencionada.
3. Slogan que figuraba previo al índice del número en cuestión. VCA, 1939. Vol. VII, nº 1, año 6, Buenos Aires, Editorial Orientación Integral Humana, 5 de Abril, p 203
4. Siguiendo el análisis de estas cuestiones que propone Fernando Rocchi. 1999, “*Inventando la soberanía del consumidor: publicidad, privacidad y revolución del mercado en Argentina, 1860- 1940*” En: Devoto, Fernando y Marta Madero (Directores): *Historia de la vida privada en la Argentina. La Argentina plural: 1870- 1930*. Buenos Aires: Taurus.
5. Sobre este punto no podemos evitar mencionar los trabajos clásicos realizados acerca de la prensa y el alcance de esta en función de la construcción de opinión y dinámicas de circulación de la información y el papel de la prensa. Mencionaremos los trabajos de: Aníbal Ford, Jorge Rivera y Romano Eduardo, 1985, *Medios de comunicación y cultura popular*. Buenos Aires, Legasa, José Luis Romero y Luis

- Alberto Romero (comp.) 1983, *Buenos Aires. Una historia de cuatro siglos*. Buenos Aires, Abril. Ricardo Sidicaro, 1993, *La política mirada desde arriba. Las ideas del diario La Nación, 1909- 1989*. Buenos Aires, Sudamericana; Sylvia, Saïttia 1998, *Regueros de Tinta. El diario Crítica en la década de 1920*. Buenos Aires: Sudamericana; Jorge Rivera, 1985, *El escritor y la industria cultural*. Buenos Aires: Centro Editor de América latina.
6. Entendiendo que el pensamiento médico ordena cuestiones referidas a la vida buscando: "... deslindar lo que normal de lo que es anormal, que no son del todo, justamente, lo ilícito y lo lícito...busca también asignarse medios de corrección que no son exactamente medios de castigo, sino medios de transformación del individuo, toda una tecnología del comportamiento ligada a ese fin..." En: Foucault, Michel, 2012, *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. Buenos Aires, Siglo XXI, pp 35 y 36.
  7. Es decir, en un contexto donde el modelo de Estado está cambiando a la luz del nacionalismo, el desarrollo industrial, los cambios del mercado de consumo de bienes culturales y la participación política de sectores vinculados al mundo del trabajo.
  8. Cuando hablamos de los médicos, referimos a aquellos que formaban parte de la publicación creada por Barilari, Grasso y dirigía Arturo León López.
  9. Considerando los tres elementos esenciales de la profesión médica, el último e igualmente importante refiere a la persuasión: "...el buen médico no es el que solamente diagnostica reflexionando y persuade hablando. Es también el que logra, gracias a su poder de persuasión, convencer a su enfermo de que no basta con tomar medicamentos, sino que además (debe) modificar por completo su manera de vivir..." En: Foucault, Michel, 2009: *El gobierno de sí y de los otros*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, p 272.

## Bibliografía

- Angenot, Marc, 2011, *El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible*. Editorial Siglo XXI, Buenos Aires.
- Armus, Diego, 2000, "El descubrimiento de la enfermedad como problema social" En: Lobato, Mirta Zaida: *Nueva Historia Argentina Tomo V. El progreso, la modernización y sus límites. 1880-1916*. Editorial Sudamericana, Buenos Aires.
- Armus, Diego (compilador) 2005, *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*. Lugar editorial, Buenos Aires.
- Armus, Diego, 2007. *La Ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires. 1870-1950*. Edhasa, Buenos Aires.
- Barthes, Roland, 2009. *La Torre Eiffel. Textos sobre la imagen*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Belmartino, Susana, Bloch Carlos, Ana Virginia Persello, María Isabel Carnino, 1988. *Corporación médica y poder en salud. Argentina. 1920-1945*. C.E.S.S, Rosario.
- Belmartino, Susana, 2005. *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Editorial Siglo XXI, Buenos Aires.
- Ben, Pablo, 2000. "Cuerpos femeninos y cuerpos abyectos. La construcción anatómica de la feminidad en la medicina argentina". En: Gil Lozano, Fernanda y Valeria Pita (Dir.), *Historia de las mujeres en la Argentina. Siglo XIX*. Editorial Taurus, Buenos Aires.
- Bongers Wolfgang y Tanja Olbrich (comp), 2006. *Literatura, cultura, enfermedad*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Devoto Fernando y Marta Madero, 1999. *Historia de la vida privada en la Argentina. La Argentina plural: 1870-1930*. Editorial Taurus, Buenos Aires.
- Foucault, Michel, 2011. *El orden del discurso*. Editorial Fábula Tusquets, Buenos Aires.
- Foucault, Michel, 2012. *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. Editorial Siglo Veintiuno, Buenos Aires.
- Foucault, Michel, 2009. *El gobierno de sí y de los otros*. Editorial Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Foucault, Michel, 2007. *Nacimiento de la Biopolítica*. Editorial Fondo de cultura Económica, Buenos Aires.
- Gil Lozano, Fernanda y Valeria Pita (Dir.), 2000. *Historia de las mujeres en la Argentina. Siglo XX*. Editorial Taurus, Buenos Aires.
- Hochman, Gilberto, María Silvia Di Liscia, Steven Palmer (org.), 2012. *Patologías de la Patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina*. Editorial Lugar, Buenos Aires.
- Kossoy, Boris, 2001. *Fotografía e Historia*. Editorial La marca, Buenos Aires.
- Kuhn, Thomas, 1971. *La estructura de las revoluciones científicas*. Editorial Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

- Linares, Luciana, 2014. *Delineando los cuerpos. Construcciones discursivas en torno a la mujer a través de la propaganda eugénica en Argentina. El caso de la publicación Viva Cien Años. 1935-1947*. Tesis de Maestría en Historia. Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata.
- Malosetti Costa, Laura y Marcela Gané (comp.) 2009. *Impresiones porteñas. Imagen y palabra en la historia cultural de Buenos Aires*. EDHASA, Buenos Aires.
- Miranda, Marisa y Gustavo Vallejo (dir.), 2012. *Una historia de la Eugenesia. Argentina y las redes biopolíticas internacionales. 1912-1945*. Editorial Biblos, Buenos Aires.
- Miranda, Marisa, 2011. *Controlar lo incontrolable. Una historia de la sexualidad en la Argentina*. Editorial Biblos, Buenos Aires.
- Miranda, Marisa y Álvaro Girón Sierra (coordinadores), 2009. *Cuerpo, biopolítica y control social. América Latina y Europa en los siglos XIX y XX*. Editorial Siglo Veintiuno, Buenos Aires.
- Miranda Marisa y Gustavo Vallejo (comp), 2005. *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Editorial Siglo Veintiuno, Buenos Aires.
- Moreno, José Luis (Comp.), 2000. *La política social antes de la política social*. Prometeo libros, Buenos Aires.
- Nari, Marcela, 1996. “Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico. 1890-1940”. En: Lobato, Mirta (editora): *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Biblos, Mar del Plata.
- Nari, Marcela, 2004. *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Biblos, Buenos Aires.
- Negri, Antonio: “El monstruo político. Vida desnuda y potencia” en: Giorgi, Gabriel y Fermín Rodríguez: *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida*. Paidós, s/f, Buenos Aires.
- Vallejo, Gustavo y Miranda Marisa (compiladores), 2007. *Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*. Editorial Siglo XXI, Buenos Aires.
- Vallejo, Gustavo y Marisa Miranda, 2010. *Derivas de Darwin. Cultura y política en clave biológica*. Editorial Siglo Veintiuno, Buenos Aires.
- Vezzetti, Hugo: “Viva Cien Años: Algunas consideraciones sobre la familia y matrimonio en la Argentina” en: Punto de Vista. Año IX, n° 27, Agosto de 1985.
- Rocchi, Fernando, 1999. “Inventando la soberanía del consumidor: publicidad, privacidad y revolución del mercado en Argentina. 1860/1940” En: Devoto Fernando y Marta Madero, *Historia de la vida privada en la Argentina. La Argentina plural: 1870-1930*. Taurus, Buenos Aires.
- Romero José Luis y Luis Alberto Romero (comp.), 1983. *Buenos Aires. Una historia de cuatro siglos*. Editorial Abril, Buenos Aires.
- Sidicaro Ricardo, 1993. *La política mirada desde arriba. Las ideas del diario La Nación, 1909- 1989*. Editorial Sudamericana, Buenos Aires.
- Sontag, Susan, 1980. *La enfermedad y sus metáforas*. Editorial Muchnik, Barcelona.
- Schencman, Pablo, 2010. “¿Génesis de un problema sanitario?. Representaciones de la biomedicina en torno a la obesidad en Viva Cien Años, 1934-1945”. En: eä. Revista de Humanidades médicas y estudios sociales de la ciencia y la tecnología. Vol “, n° 2, diciembre del 2010. ISSN 1852-4680.
- Weissmann, Patricia, 2002. “Mariano J. Barilari. Medicina psicosomática y educación para la salud en la Argentina de los años 30’”. Primera parte. en : Red Iberoamericana de Historia de la psiquiatría. Temas de Historia de la Psiquiatría. Medicina psicosomática y educación para la salud en la Argentina de los años ’30. n° 15, primavera del 2002. Disponible en internet: <http://www.investigacion.cchs.csic.es/rihp/Temas15>
- Wolfgang Bongers y Tanja Olbrich (compiladores), 2006. *Literatura, cultura, enfermedad*. Paídos, Buenos Aires.

## **Noticias de los autores**

### **GRACIELA AGNESE**

Doctora por la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Área Humanidades Médicas. Sus trabajos de investigación se centran en la Historia de la Fiebre Hemorrágica Argentina. Publicó su tesis bajo el título “La Fiebre Hemorrágica Argentina, Imaginario y Espacio Rural 1963-1990” (2011). Además de difundir la historia de esta dolencia en distintos artículos, en medios de diseminación científica, y capítulos de libros.

Miembro de número de la Junta Provincial de Estudios Históricos de Santa Fe, se ha desempeñado como árbitro de publicaciones científicas y Jurado de Tesis Doctorales.

Reside en Rosario circunstancia que la vinculó directamente con su tema de investigación, debido a que esta ciudad se encuentra en el área epidémica de esta enfermedad, conocida popularmente como “Mal de los Rastros”.

Con una Especialización en Formador de Formadores (CAEP) y una Diplomatura Superior en Ciencias Sociales, con mención en Constructivismo y Educación (FLACSO), se ha desempeñado como directora en colegios de nivel medio. Actualmente es docente de ese nivel.

### **ALDO GREEN**

Profesor de Historia, egresado de la Facultad de Humanidades y Ciencias. Universidad Nacional del Litoral.

Autor y coautor de diversos trabajos presentados en Congresos y Jornadas de Historia tales como: El alzamiento de los indios del Sauce (1836-1837): una aproximación a la sociedad abipona de la época y al último acto de su resistencia activa a la dominación del blanco; Entre la Tribu y el Estado. Estrategias de supervivencia y opciones políticas de los “oficiales” mocovíes de la frontera norte santafesina a mediados del siglo XIX: Los indígenas cautivos en la sociedad santafesina decimonónica. (Green-Molina); La epidemia de viruela de 1873-1874 en las reducciones indígenas de la frontera norte santafesina (Molina-Green). Coautor del artículo: El trabajo en las sociedades cazadoras recolectoras (Green-Gileta) En Cuadernillo “El mundo del trabajo en sociedades no capitalistas y las formas de resistencia de los trabajadores” 2015. OLIMPIADA DE HISTORIA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA <http://studylib.es/doc/7373960/olimp%C3%ADada---facultad-de-humanidades-y-ciencias>; y en Prensa.

### **ADRIANA ÁLVAREZ**

Profesora por concurso en el Departamento de Historia de la Facultad de Humanidades y en los Programa de Maestría y Doctorado en Historia de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP), Buenos Aires, Argentina. Es Doctora y Magister en Historia. Investigadora Independiente de CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas).

Se desempeñó como Directora de la Carrera de Historia de la UNMdP y como miembro de la Comisión Académica del Doctorado en Historia de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Fue Directora del Programa de Fortalecimiento de Redes Universitarias VI y VI financiado por la Secretaria de Políticas Universitarias, del cual este libro es uno de los resultados.

### **ANDRÉS CONRADO PERANOVICH**

Es investigador asistente del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, unidad dependiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y la Universidad Nacional de Córdoba. Médico cirujano; Especialista en Anatomía Patológica; Magister y Doctor en Demografía. Sus líneas de investigación se enmarcan en las temáticas de Población y Salud..



## **DIEGO ARMUS**

Doctor en Historia de la Universidad de California, Berkeley. Enseña historia latinoamericana en Swarthmore College (USA). Ha sido profesor invitado en Argentina, Chile, Brasil, Colombia, Italia, México y Puerto Rico e investigador del CEUR y CONICET (Argentina), las universidades de Harvard, Columbia, New York y Berlín. Es autor o editor, entre otros libros, de *From Malaria to AIDS. Disease in the History of Modern Latin America* (2003); *Entre médicos y curanderos. Cultura y enfermedad en América latina* (2002, 2003); *Cuidar, curar, controlar. Ensaio históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe* (2004, 2012); *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950* (2007; versión en inglés de 2011). En 2012 recibió del Ministerio de Ciencia e Innovación el Premio RAICES y en 2015 un Doctorado Honoris Causa de la Universidad Nacional de Córdoba. Está escribiendo una historia del hábito de fumar en Buenos Aires en el siglo XX.

## **BEATRIZ TEIXEIRA WEBER**

Doctor en Historia de la Universidade Estadual de Campinas (Brasil). Enseña historia de Brasil y teoría y metodología de la historia en la Universidade Federal de Santa Maria (Brasil) desde 1989. Es autora, entre otros libros, de *As Artes de Curar* (1999), *Religiões e Religiosidades no Rio Grande do Sul* (volumen 2); *Espiritismo e religiões mediúnicas* (2013) y autora de capítulos en libros como *Cuidar, curar, controlar. Ensaio históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe* (2004, 2012); *História, ciência e medicina no Brasil e América Latina (séculos XIX e XX)* (2016). Trabaja con historia del espiritismo en Brasil y de otras prácticas de cura, como homeopatía.

## **DALVAN SABBI LINS**

Maestro en historia de la Universidade Federal de Santa Maria Brasil. Enseña en la red estatal en la provincia de Santa Catarina Brasil.

## **ADRIÁN CARBONETTI**

Licenciado en Historia (Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba) Magister en Demografía (Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba) y Doctor en Demografía (Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Córdoba). Es profesor titular regular en el Centro de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional de Córdoba, profesor adjunto regular (en licencia) en la Facultad de Filosofía y Humanidades de la misma Universidad, Profesor titular regular (en licencia) en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Universidad Nacional del Litoral. Es investigador principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Argentina (CONICET) y Director del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad Unidad Ejecutora perteneciente a CONICET y la Universidad Nacional de Córdoba. Sus estudios se refieren a la historia social de la salud y la enfermedad en la Argentina, en especial historia de las enfermedades. Ha escrito dos libros individuales en relación a esta temática, 6 compilaciones, 16 capítulos de libros, 50 artículos en revistas a nivel nacional e internacional y a participado en un sinnúmero de eventos científicos. Es profesor de varios cursos de posgrado, y ha dirigido 5 tesis de doctorado.

## **CLÁUDIA FREITAS DE OLIVEIRA**

Es historiadora de formación con un Doctorado en Historia por la Universidade Federal de Pernambuco, Brasil. Actualmente, es profesora Adjunta del Departamento de Historia de la Universidade Federal do Ceará. Coordinadora del Núcleo de Documentación de la misma Universidad, del Grupo de Trabajo - História da Saúde e das Doenças, vinculado a la Associação Nacional de História, y del Grupo de Investigación: História, Loucura e Saúde Mental (Diretório de Pesquisa - Cnpq). Coordina trabajos de catalogación y digitalización del acervo documental de la Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, no Ceará - una amplia y riquísima documentación referente al período 1861 a 1990. Como área de interés dedica a la Historia de la Locura, Historia de la Salud e Historia de las Enfermedades del Imperio de Brasil.

## **MIGUEL ÁNGEL CUENYA**

Reside en México desde el año 1976. Cursó la licenciatura en historia en la Universidad Nacional de Córdoba y en México realizó los estudios de Maestría y Doctorado en Historia; es miembro del Sistema Nacional de Investigadores desde 1993 y actualmente es reconocido en el nivel II. Desde 1978 ha desarrollado sus actividades académicas en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla como docente del Colegio de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras. Actualmente se desempeña como profesor-investigador en el Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades de la BUAP, en donde funge como investigador titular adscrito al Programa de Docencia e Investigación en Historia, habiéndose especializado en historia socio-cultural de la salud enfermedad, siglos XVIII/XX; ha publicado diversos artículos y libros, contándose entre ellos los siguientes: Evolución demográfica de una parroquia de la Puebla de los Ángeles, 1660-1800; Revolución y muerte: Puebla de Ángeles y el tifo de 1813; El cólera de 1833 en la Puebla de los Ángeles; Puebla de los Ángeles de tiempos de una peste colonial; Cabildo, sociedad y política sanitaria en la ciudad de Puebla, 1750-1910; Puebla de los Ángeles. Historia de una ciudad novohispana, Revolución y Tifo en la ciudad de Puebla, 1915 – 1916, Puebla. Historia de una identidad regional, y Puebla en la gran década nacional, 1857 – 1867. Guerra y sitios militares, destrucción urbana y estructura productiva.

## **MARÍA SILVIA DI LISCIA**

Doctora en Geografía e Historia en la Universidad Complutense de Madrid y Profesora en la Cátedra de Historia de América III en la Universidad Nacional de La Pampa, donde dirige el Instituto de Estudios Sociohistóricos y es Secretaria de Investigación y Posgrado. Es especialista en historia social de la salud y la enfermedad, tanto en Argentina como en América Latina y recientemente, estudia los procesos burocráticos tanto que involucran a grandes poblaciones en organismos e instituciones (inmigrantes, enfermos, heridos y refugiados).

## **ELEONORA ROJAS CABRERA**

Es investigadora asistente del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, unidad dependiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y la Universidad Nacional de Córdoba. Técnica en Investigación Socioeconómica; Especialista en Diseño de Encuestas y Análisis de Datos para la Planificación Social; Magíster y Doctora en Demografía. Sus líneas de investigación se enmarcan en las temáticas de Población y Derechos Humanos; Salud; y Salud Sexual y Reproductiva.

## **FERNANDA REBELO-PINTO**

Fernanda Rebelo-Pinto es Profesor Asociado del Instituto de Humanidades, Arte y Ciencias Milton Santos (IHAC) de la Universidad Federal de Bahía (UFBA); Investigador y Profesor del Programa de Graduados en Educación, Filosofía e Historia de la Ciencia de la UFBA. Se recibió en Periodismo y Comunicación Social en BA (1999); y su formación de posgrado es: una Maestría en Salud Pública en el área de Filosofía e Historia de la Ciencia de la Universidad Federal de Santa Catarina (2005), un Doctorado en Historia de la Ciencia y la Salud por la Casa de Oswaldo Cruz, Fundación Oswaldo Cruz (2010) y un postdoctorado en Historia de la Ciencia en el Programa de Posgrado Interdisciplinario en Ciencias Humanas (UFSC).

## **REBELO-PINTO**

Editor asociado en *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas*. Sus temas de investigación y enseñanza incluyen: historia de la salud pública, historia de la medicina, inmigración y profilaxis internacional, cooperación internacional en salud, enseñanza de la historia de la ciencia. La investigación en curso se centra en las relaciones médicas y científicas entre Brasil y Argentina a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, la intersección de la inmigración y la salud en perspectiva histórica y la historia de la patología cardíaca diagnóstica y terapéutica debido a la enfermedad de Chagas.

## **MARÍA DOLORES RIVERO**

Licenciada en Historia por la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba. Actualmente está realizando el Doctorado en Historia en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación en la Universidad Nacional de La Plata. Forma parte del Programa “Salud, enfermedad y prácticas de curar” radicado en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (ciudad de Córdoba). Allí lleva a cabo tareas afines a la beca doctoral que le ha otorgado el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Actualmente se encuentra abordando problemáticas ligadas a la historia de la ciencia y la tecnología en Argentina, a las profesiones médicas, aunque también a las “prácticas alternativas” a la biomedicina.

## **GABRIELA MOLINA**

Profesora de Historia, egresada de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Universidad Nacional del Litoral.

Actualmente es Integrante del Proyecto de Investigación “Historia social de la salud y la enfermedad en las provincias de Santa fe y Entre Ríos entre mediados del siglo XIX y mediados del siglo XX.”, Universidad Nacional del Litoral. Autora y coautora de diversos trabajos presentados en Congresos y Jornadas de Historia tales como:

Redes y experiencias locales del Movimiento de Liberación Nacional; Del despojo militar al despojo legal del territorio: la marginación de la propiedad de la tierra de los mocovíes del norte santafesino en el siglo XIX (Molina-Green), y, La incorporación de contingentes indígenas en las fuerzas militares de la sociedad criolla en la frontera norte santafesina durante el siglo XIX (Molina-Green); Los indígenas cautivos en la sociedad santafesina decimonónica. (Green-Molina).

## **IRENE DELFINA MOLINARI**

Docente e Investigadora de la Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata, Doctora en Historia por la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Miembro del Grupo de investigación: Historia Social Argentina (HiSA) y del Centro de Estudios Históricos (Cehis). Directora del Departamento de Historia de la Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata. Ha publicado números artículos relacionados con la Historia de la salud y la enfermedad. En este campo histórico ha editado el libro *Vencer el miedo. Historia social de la lepra en la Argentina*, Rosario, Prohistoria ediciones, 2016. Ha participado como expositora y organizadora en diversos Jornadas y Congresos nacionales e internacionales.

## **RAQUEL POLLERO**

Doctora en Ciencias Sociales con especialización en Estudios de Población, Magister en Ciencias Humanas y Licenciada en Historia (Universidad de la República). Ejerce como docente e investigadora en el Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Su principal línea de trabajo se orienta a conocer y comprender el comportamiento demográfico de la población en el pasado.

Entre sus más recientes publicaciones se destaca el libro *Historia demográfica de Montevideo y su campaña (1757-1860)* (UdelaR-FCS, 2016) y artículos en revistas científicas como: “Old age mortality in Uruguay: A century’s evolution” (*Annales de Démographie Historique*, 2017, en co-autoría con Mariana Paredes); “Un aporte al proceso de ocupación de la Jurisdicción de Montevideo a partir del análisis espacial” (*Revista Uruguaya de Historia Económica*, 2016, en co-autoría con Graciana Sagasetta); “¿Qué nos es posible conocer respecto al inicio del cambio demográfico? Una aproximación a las fases tempranas de la transición epidemiológica en Montevideo” (*Revista de la Asociación Latinoamericana de Población RELAP*, 2015).

## **MARÍA LAURA RODRÍGUEZ**

Licenciada en Historia y Doctora en Ciencias Políticas por la Universidad Nacional de Córdoba, se desempeña como Investigadora Asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Desarrolla sus investigaciones dentro del subcampo de la historia social de la salud y la enfermedad. A lo largo de su carrera, se ha interesado potenciar una perspectiva atenta a los desarrollos históricos diferenciales en el interior argentino durante la primera mitad del siglo XX. Esta agenda la ha llevado a problematizar distintas aristas del proceso de medicalización en diversos contextos políticos y socioculturales. Actualmente, se encuentra estudiando la conformación de la ciencia médica argentina desde una perspectiva de género.

## **SILVIA MARÍA MÉNDEZ MAÍN**

Profesora e investigadora del Instituto de Investigaciones Histórico Sociales, de la U. Veracruzana. Doctora en Historia y Estudios Regionales, pertenece al Sistema Nacional de Investigadores del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México. Integrante fundadora de la Red de Historia Demográfica de México. Forma parte del Núcleo académico de la maestría y doctorado en Ciencias de la Salud y del doctorado en Historia y Estudios Regionales de la UV. Ha formado parte en proyectos de Investigación con otras instituciones nacionales y extranjeras y participado en congresos nacionales e internacionales, entre sus publicaciones se encuentran artículos y capítulos de libros que abarcan sus líneas de investigación sobre: Demografía, familia y epidemiología del siglo XVIII al XX, Economía demográfica en el siglo XX y XXI; El bono demográfico, el envejecimiento de la población y el sistema de salud en el Estado de Veracruz.