

DEL PUERTO A LA CIUDAD

**Sanidad marítima y
estructura urbana de
la ciudad de Buenos
Aires, 1868-1911**

**Tesis para optar por el título de
Doctor en Historia**

**Doctorando
Mag. Arq. Matias Ruiz Diaz**

**Director
Dr. Arq. Horacio Caride Bartrons**



**Escuela Interdisciplinaria de Altos
Estudios Sociales
Universidad Nacional de San Martín**

**ESCUELA INTERDISCIPLINARIA DE ALTOS ESTUDIOS
SOCIALES**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN



DOCTORADO EN HISTORIA

Tesis para optar por el título de Doctor en Historia

Título de la tesis: DEL PUERTO A LA CIUDAD. Sanidad marítima y estructura urbana de la ciudad de Buenos Aires, 1868-1911.

Presentado por: Mag. Arq. Matias Ariel Ruiz Diaz

Director: Dr. Arq. Horacio Eduardo Caride

Noviembre - **2021**

*“Todos amarillos: de fiebre los muertos,
de miedo los vivos”.*

Diario de Mardoqueo Navarro, 1871.

AGRADECIMIENTOS. A LOS QUE AYUDARON A PENSAR

Esta tesis es el resultado de un proceso de 4 años de trabajo iniciado en el año 2018, y que puede ser dividido claramente en dos etapas. Paradójicamente una investigación que comenzó estudiando los espacios de cuarentena de la ciudad de Buenos Aires, como respuesta a las epidemias acontecidas durante el siglo XIX, se vio interpelada en marzo de 2020 por la pandemia de COVID-19 que el mundo aún no ha superado completamente.

Durante todo ese proceso me he beneficiado enormemente de los consejos y aportes de docentes, colegas y amigos, que primero brindaron pistas para abordar un proceso lejano en el tiempo y luego realizaron aportes sustanciales, que ayudaron a separar nuestro presente de la experiencia histórica. Este apartado es para ellos.

En primer lugar, y al igual que en investigaciones previas, mi primer agradecimiento es a la educación pública, en este caso a la Universidad de San Martín, que a través de una beca me permitió iniciar mis estudios doctorales que hoy culminan con esta presentación. Mi profunda gratitud a todos sus docentes y en especial a quienes me guiaron durante los tres talleres de tesis: Valeria Manzano, Isabella Cosse y Cristiana Schettini. Me gustaría destacar aquí a mis compañeros de cursada “en aislamiento”: Celina Albornoz, Adriana Castellanos Olmedo, Milena Gallipoli y Francisco Soto, un placer leerlos y compartir nuestras “cocinas” de investigación.

Quisiera recordar especialmente a quienes, ya hace mucho tiempo, apostaron a que un estudiante de arquitectura podía llegar a ser docente y tener un futuro en la investigación histórica. En primer lugar, a mi director de tesis, Horacio Caride Bartrons, que continúa apoyando este proceso que comenzó en una especialización, continuo en una maestría y arriba hoy al final de una nueva etapa. Extiendo mi agradecimiento a Rita Molinos y Mario Sabugo que me dieron el espacio dentro de sus cátedras para dar los primeros pasos, y donde continúo y continuare aprendiendo. Mi reconocimiento a todos mis compañeros docentes de la FADU UBA y de la FAU UNLP que apoyaron de distintas maneras el proceso de escritura.

Este apartado estaría incompleto sin la mención a los miembros del *Programa de Estudios Heterotópicos*: Horacio Caride Bartrons, Javier Nesprias, Marina Vasta, Ileana Versace y en especial a David Dal Castello, por la lectura y las charlas en las fases finales de esta tesis. Todos ellos contribuyeron a que este trabajo sea una realidad.

A mi familia y mis amigos que supieron comprender faltas de atención en pos de avanzar con esta investigación. Finalmente, a Rocío por su paciencia, amor y principalmente por aceptar el desafío de seguir apoyando a un eterno estudiante.

Matias Ruiz Diaz, 29 de noviembre de 2021.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN. FORJADA POR UN PUERTO	008
II.	LOS ESTUDIOS SOBRE CUARENTENA COMO CAMPO RECIENTE	013
III.	METODOLOGIA	024
 CAPITULO 1. QUARANTA GIORNI		028
1.1. El inicio de las cuarentenas.		
1.2. Los lazaretos en la “Era de la razón”.		
1.3. Experimentación y dispositivos de purificación.		
 CAPITULO 2. LOS INICIOS DE LA PREVENCIÓN		058
2.1. Los primeros médicos del puerto de Buenos Aires: Pedro Mallo y Eduardo Wilde.		
2.2. Desafíos y limitaciones del sistema cuarentenario.		
2.3. Los médicos de puerto frente a la epidemia de fiebre amarilla de 1871.		
 CAPITULO 3. HACIA UN REGLAMENTO INTERNACIONAL		096
3.1. “Preservarse de los puertos que no se preservan”, la necesidad de acuerdos entre las ciudades-puerto del Atlántico Sudamericano.		
3.2. Debates y tensiones de la primera Convención Sanitaria de América.		
3.3. Escenarios imaginados para un riesgo permanente. La “pequeña epidemia” del Pontón Mora de 1873.		
 CAPITULO 4. EL AISLAMIENTO COMO PROBLEMA		124
4.1.- Localizar las cuarentenas. Estrategias urbanas para el problema del aislamiento.		
4.2.- Un Hospital lazareto para Buenos Aires. La cuarentena como programa arquitectónico.		
4.3.- “Constantemente postergadas”. Las defensas de Buenos Aires ante la epidemia de colera de 1886.		

CAPITULO 5. TRANSFORMACIONES DE LA PROFILAXIA A FINES DEL SIGLO XIX	187
5.1.- Conferencias europeas y americanas. El avance de la bacteriología.	
5.2.- La desinfección urbana.	
5.3.- La isla lazareto.	
CAPITULO 6. EL ÚLTIMO BARCO	242
6.1.- La abolición de las cuarentenas.	
6.2.- <i>Is it the plague?</i> Buenos Aires ante la peste.	
6.3.- Una sanidad tecnocientífica.	
CONCLUSIONES.....	314
BIBLIOGRAFIA.....	321
ARCHIVOS CONSULTADOS.....	333

INTRODUCCIÓN

FORJADA POR UN PUERTO

El nombre “Buenos Aires” se refirió primero a un puerto que a una ciudad. Al momento de su fundación, en 1536, la que se convertiría en la capital de la República Argentina fue bautizada “Ciudad de la Santísima Trinidad y Puerto de Santa María del Buen Ayre”. La denominada segunda fundación ratificaba esta decisión asignándole el nombre “Ciudad de Trinidad”. Sin embargo, fue el rol de su puerto el que terminó definiendo su importancia, su nombre y su destino.

El objeto de estudio de esta tesis es el sistema sanitario del puerto de la ciudad de Buenos Aires y su rol en la definición del medio urbano, en su dimensión social y espacial. Este sistema tuvo su mayor apogeo a fines del siglo XIX, en el marco del desarrollo del modelo agroexportador y el auge inmigratorio. Desde distintos puntos de Europa primero y luego desde Asia, miles de migrantes partieron hacia el Cono Sur. Argentina y Uruguay tuvieron los incrementos demográficos más numerosos, seguidos de Chile y Brasil. La Constitución de 1853 anhelaba la llegada de extranjeros, y veintitrés años después, a través de la ley nº 817 de Inmigración y Colonización, estos sectores pasaron directamente a ser parte del proyecto de país.¹

Centrarnos en la ciudad de Buenos Aires nos permitirá observar ciertas particularidades del fenómeno migratorio relativas al desarrollo urbano en relación con las políticas sanitarias. Ya para 1869 era la principal ciudad portuaria a nivel nacional, con una creciente actividad comercial y con una población inmigrante que ascendía al 50%.² Este panorama parece mostrarnos una imagen de fronteras abiertas prácticamente sin restricciones, pero esto no fue estrictamente así.

El impacto que el ingreso masivo de inmigrantes tuvo en la sociedad argentina ha sido ampliamente estudiado, sin embargo, no ha recibido la misma atención la problemática de las admisiones.³ Existieron distintos controles para evitar el ingreso de población no deseada, especialmente de dos grupos: aquellos impedidos para trabajar y los que padecían de posibles enfermedades contagiosas exóticas. Ya desde mediados del siglo XIX, tanto en la ciudad de Buenos Aires como en otros puertos vinculados comercialmente con ella, se sucedieron distintas epidemias que diezmaron la población, principalmente de cólera y fiebre amarilla. Asimismo, las

¹ Scarzanella (2003): 11.

² Devoto (2012).

³ Di Liscia (2013).

noticias de enfermedades contagiosas que asolaban a las principales ciudades de Europa llegaban a nuestro país por distintos medios, como los periódicos y también las publicaciones médicas especializadas.

Para Buenos Aires como principal puerto y “puerta” de entrada al territorio nacional, era necesario poder compatibilizar tres aspectos: permitir la inmigración, desarrollar el comercio y, simultáneamente, lograr la prevención evitando el ingreso de enfermedades contagiosas. Rebelo Pinto sostiene que los puertos como puerta de entrada a las ciudades fueron los lugares propicios para el inicio de epidemias, por lo tanto, la organización del servicio de salud del puerto antecedió a la institucionalización de la salud a nivel urbano.⁴ Lo portuario fue un área importante de la acción gubernamental que, no obstante, ha sido escasamente estudiada. Existen pocas investigaciones sobre la relación entre la historia marítima y la historia de la salud urbana en particular.

La historia de la medicina ha abordado esta problemática desde el estudio de las cuarentenas, como una de las principales estrategias que distintos Estados desarrollaron para hacer frente a las enfermedades contagiosas. Trabajos interdisciplinarios más recientes han logrado abordar a las cuarentenas dentro de un sistema de relaciones más complejo, especialmente entre la salud pública y el comercio internacional, lo cual necesariamente nos obliga a observar el fenómeno, en forma permanente y en simultáneo trazando conexiones analíticas con lo transnacional e inclusive lo global.

Podemos inscribir este trabajo dentro del reciente campo de estudios interdisciplinarios denominado *quarantine studies*⁵, el cual plantea múltiples líneas de investigación, algunas de las cuales han sido abordadas en esta tesis: la experiencia humana de la cuarentena, la relación entre las cuarentenas y el Estado, y las cuarentenas como fuente de organización espacial y territorial en el entramado de redes internacionales.

Para este abordaje y desde la particular mirada de la historia de la arquitectura y el urbanismo mostraremos cómo, ante el desconocimiento y las múltiples hipótesis sobre las causas que provocaban las enfermedades y también su tratamiento, se optó por una respuesta sanitaria que tuvo correlatos espaciales y territoriales: separar a los posibles medios de contagio, tanto objetos como personas, en programas arquitectónicos destinados al aislamiento, la observación y la desinfección.

Durante el período estudiado, este programa arquitectónico recibió distintos nombres que evidencian un proceso de complejización que define la estructura narrativa de esta tesis:

⁴ Rebelo Pinto (2010): 17.

⁵ Quarantine Studies Network. <https://quarantinestudies.wordpress.com/>

desde el “lazareto”, la “casa de aislamiento” y finalmente la “estación sanitaria”. Estrictamente hablando no se trataba de un programa novedoso dado que en diversas partes de Europa existieron lazaretos desde al menos el siglo XV, destinados principalmente a contener casos de peste negra. Sin embargo, en el Río de la Plata no existían antecedentes de dicho programa por lo que veremos un proceso acelerado que combinó soluciones provisionales, como podían ser barcos en desuso donde aislar a los enfermos, hasta proyectos arquitectónicos de gran complejidad y escala. Planteamos que, a fines del siglo XIX en la ciudad de Buenos Aires, estos últimos formaron parte de un sistema integrado que permitía controlar y administrar el intercambio comercial y la inmigración masiva mediante una serie de programas: los lazaretos flotantes y fijos que recibían a los barcos en los que se habían detectado posibles enfermos contagiosos para evitar su ingreso a la ciudad; el hotel de inmigrantes, donde se realizaba un segundo control a los que se hospedaban temporalmente allí y se aislaban a posibles vectores de contagio;⁶ y la casa de aislamiento municipal, al que se destinaban aquellos casos que no habían sido detectados en los controles anteriores así como aquellos que se producían en el medio urbano, en especial durante las epidemias. Sostenemos que, en el cambio de siglo, este estrecho vínculo entre puerto y ciudad definió que una serie de prácticas propias de la sanidad marítima se trasladaran al medio urbano, mediante la utilización de distintos desarrollos técnicos y científicos. Dichos elementos ya no solo permitirían la sanitización portuaria sino una mayor escala de intervención, la de la ciudad entera.

Proponemos que en ese contexto la inmigración masiva fue un fenómeno territorial del espacio Atlántico en el que se definieron simultáneamente estrategias de captación y exclusión mediante la construcción de dispositivos arquitectónicos con características similares en Argentina, Brasil y Uruguay. Esto plantea una diferencia frente al más estudiado fenómeno de las cuarentenas en Europa, donde la principal tensión se da entre el aislamiento sanitario, para proteger al cuerpo social, y la libertad de movimiento y comercio, que permitiría mantener y expandir la economía de cada nación.

Esta tesis toma a estos espacios, proyectados para contener y prevenir la propagación de las enfermedades contagiosas que asolaron a la ciudad de Buenos Aires, como vías de entrada alternativas para observar el fenómeno migratorio y el desarrollo comercial en relación con las políticas sanitarias y las intervenciones urbanas que se realizaron como políticas de contención. Partimos del presupuesto de que los proyectos arquitectónicos, construidos o no construidos,

⁶ Devoto calcula que del total de inmigrantes que arribaba al puerto luego del control sanitario, aproximadamente un 50% o menos se alojaba temporalmente en el Hotel de Inmigrantes. Esto dependía fundamentalmente de los lazos sociales existentes entre los recién llegados y amigos o parientes ya instalados en el país. Devoto (2003):247.

pueden ser tomados como momentos significativos para comprender ciertas problemáticas urbanas y los discursos enunciados por distintos agentes que las trataron desde muy diversos ámbitos. A partir del análisis de los proyectos puede comprenderse cómo la ciudad y el territorio eran percibidos al definir determinados espacios donde estos programas podrían instalarse. Sostenemos que en esa elección no hubo un simple criterio de disponibilidad de espacio físico, sino que por el contrario se detecta una decisión estratégica que parte de un proyecto urbano a futuro, el cual no siempre está plasmado en papel ni es coincidente en las distintas áreas de gobierno.

Centrarnos en el programa lazareto nos ha implicado trascender las fronteras territoriales de los Estados nación para comprender una problemática más amplia y compleja. El desafío de evitar epidemias sin interrumpir el comercio dio inicio a un proceso de definiciones sobre la forma de prevenir el ingreso de las enfermedades a diferentes escalas: urbana de la ciudad de Buenos Aires, regional del circuito comercial entre el Río de la Plata, el Paraná y el Uruguay; y finalmente internacional, principalmente entre Argentina, Brasil y Uruguay. Este proceso de múltiples diálogos, desconfianzas y discusiones en diversas escalas dio como resultado acuerdos escritos, la formación de cuerpos especializados y la materialización de programas arquitectónicos.

En esta tesis entenderemos al fenómeno de la inmigración masiva como un proceso en el cual se superpusieron lógicas de inclusión, para incorporar a los extranjeros como parte de un proyecto de país, y exclusión, para separar y aislar a aquellas amenazas del cuerpo social.

A partir de estas afirmaciones **plantearemos como hipótesis que la conciliación entre inmigración, comercio y prevención tuvo una solución espacial, mediante la generación de programas arquitectónicos concretos: asilos de inmigrantes, casas de aislamiento y lazaretos, que, en su etapa más avanzada, funcionaron como un sistema de control de las enfermedades contagiosas y definieron prácticas que se aplicaron a gran escala en el medio urbano.**

Trabajaremos el periodo comprendido entre 1868, cuando luego de una importante epidemia de cólera en Buenos Aires se formó la Junta de Sanidad del Puerto Central, encargada de organizar las medidas a adoptar frente a la posible entrada de barcos sospechosos de contagio en los puertos nacionales; y 1911 cuando los sucesivos avances en medicina, en especial la microbiología, permitieron establecer las vías de contagio de varias enfermedades y el desarrollo de avances “tecnocientíficos” como alternativa para combatirlas,⁷ lo cual convirtió a los establecimientos cuarentenarios en instalaciones innecesarias que luego se transformaron y adaptaron a nuevas funciones. En este período, esta tesis se propone reconstruir la historia

⁷ Engelmann; Lynteris (2020).

del fenómeno inmigratorio a través de las condiciones de aislamiento desarrolladas para su administración, entendiendo las implicancias urbanas que estas tuvieron en la conformación de la ciudad de Buenos Aires.

Considerando los vínculos elementales entre el espacio y la sociedad, este trabajo busca dar cuenta de las tensiones entre el anhelo de un desarrollo económico vinculado a la inmigración y los intercambios comerciales, y la prevención sanitaria. Esto incluyó, no solo a los distintos aparatos estatales sino también a los agentes intermedios: policías portuarias, cónsules y médicos inspectores que entraron permanente en dialogo y discusión con los capitanes de barco y empresarios comerciales que vieron en esta normativa transnacional un escollo para sus propios intereses. Estudiar la trayectoria de estos funcionarios se vuelve fundamental para comprender decisiones que finalmente tuvieron un impacto en los proyectos arquitectónicos y en el desarrollo urbano de las ciudades-puerto de la nación en general y Buenos Aires en particular.

LOS ESTUDIOS SOBRE CUARENTENA COMO CAMPO RECIENTE

Para esta investigación se vuelve necesario analizar distintas miradas que se entrecruzan en las instituciones de reclusión proyectadas para dar respuesta a la cuestión social. Como hemos mencionado, las cuarentenas han sido abordadas en diversos estudios, principalmente aquellos provenientes de la historia de la medicina, como una de las posibles estrategias adoptadas para controlar las enfermedades. Asimismo, los lazaretos como arquitecturas diseñadas con este fin han sido estudiados principalmente desde una interpretación foucaultiana junto con otros programas de reclusión como lugares donde podían ejercerse ciertas estrategias de control, readecuación y transformación de los individuos allí alojados. En ese sentido la idea de *heterotopía* desarrollada por Foucault resultaba pertinente, en tanto su definición como lugar que se opone a todos los otros contenía una componente espacial y plantea una lógica de separación y marginalidad con respecto al medio urbano.⁸

Sin embargo, los lazaretos y las cuarentenas no habían sido el objeto de estudio central de dichas investigaciones. Recientemente nuevos trabajos interdisciplinarios han planteado líneas de investigación alternativas que, al colocar a las cuarentenas en el centro de la escena, permiten observar otras interacciones que exceden la mirada foucaultiana, la cual no logra contemplar las diversas aristas de la problemática. En ese sentido, las cuarentenas ya no pueden ser entendidas únicamente como una estrategia médica para evitar el desarrollo de enfermedades a través de un mecanismo arquitectónico de control a través del encierro, sino como una política pública en la que se intersectan y tensionan aspectos como la salubridad de la población, el desarrollo económico y la diplomacia internacional. Este último aspecto a la vez exhibe que circunscribir la aplicación de las cuarentenas únicamente a los límites del Estado nación resulta en una enorme simplificación que no permite comprender la complejidad real de un mundo interconectado.

En el desarrollo de la tesis daremos cuenta de estas dimensiones de análisis con mayor profundidad. Sin embargo, es pertinente aquí dar cuenta de algunas investigaciones recientes que han logrado incorporar estas tensiones a sus objetos de estudio.

Dentro de estos trabajos se destaca la tesis no publicada de Joaquim Bonastra Tolos titulada *Ciencia, sociedad y planificación territorial en la institución del lazareto* (2006). El autor se propuso estudiar las instituciones cuarentenarias en el periodo definido por la historia de la medicina como “pre bacteriológico”, desde el siglo XIV hasta finales del siglo XIX principalmente en el Mundo Mediterráneo. Para Bonastra Tolos las distintas morfologías que han adquirido los

⁸ Foucault, M. (2010).

lazaretos han sido el emergente arquitectónico de diferentes discursos médicos que planteaban una manera en que las enfermedades se propagaban. Estudiar estos edificios sería una forma de acceder a estos discursos en diferentes momentos de la historia. Asimismo, la práctica de la cuarentena permite observar un entramado más complejo que la relación entre el saber médico y un cuerpo social determinado. En efecto las cuarentenas, en muchos casos, plantearon una suspensión de ciertas actividades, estableciéndose conflictos con estructuras políticas y económicas que vieron interrumpidas sus prácticas.

Por otro lado, las cuarentenas permiten una observación comparativa entre lo local y lo internacional, en la medida que los intercambios entre distintas regiones se vieron regulados por la determinación de un sistema cuarentenario común. En la definición del sistema pueden verse los distintos criterios adoptados por médicos de escuelas epidemiológicas diversas, lo cual resulta una oportunidad para observar cómo las ideas se intercambiaron y se interpretaron en distintos lugares que se encuentran interconectados. Bonastra Tolos también resaltó la importancia que el lazareto tenía dentro de las infraestructuras urbanas, en tanto que permitía en este caso, el desarrollo de actividades económicas. En nuestra investigación proponemos estudiar el proceso de selección de los distintos lugares dentro de la ciudad considerados para recibir estos programas arquitectónicos. Dicho estudio permite entender un conjunto de imaginarios sobre el medio urbano y sobre la función cuarentenaria en sí misma.

Parte de la investigación de Bonastra Tolos fue publicada dentro del libro *Mediterranean quarantines, 1750-1914; space, identity and power*; compilado por John Chircop y Francisco Javier Martinez (2018). Dicho trabajo constituyó la primera publicación en conjunto de los investigadores de la *Quarantine Studies Network*, formada en 2014.⁹ En este libro pueden apreciarse los principales aportes a este campo de estudios interdisciplinario, planteando en principio un “Mundo Mediterráneo” como espacio geográfico interrelacionado en el que pueden verse las similitudes, diferencias y solapamientos entre instituciones cuarentenarias relacionadas entre sí, pero pertenecientes a diferentes Estados. A la vez resulta pertinente para nuestra investigación el recorte temporal de un “largo siglo XIX”, en el que el mundo se volvió mucho más interconectado debido a la expansión colonial y un desarrollo de los medios de transporte marítimos y terrestres nunca antes visto. La conformación de este mundo intensamente vinculado a la vez implicó una gran exposición a la propagación de enfermedades, en especial de la fiebre amarilla de América y el cólera de Asia. De este trabajo resulta particularmente útil la dimensión espacial de la problemática, en tanto que las cuarentenas se articularon con la organización de diversos territorios, la demarcación de límites políticos,

⁹ Chircop; Martinez (2018).

marítimos y terrestres, como también diplomáticos. John Chircop afirma que en el siglo XIX las cuarentenas se volvieron el medio para regular y sanitizar los movimientos de los individuos y mercancías en un contexto de intensificación y aceleración del movimiento humano posibilitado por el avance tecnológico. Al mismo tiempo esto aceleró la transmisión de las enfermedades contagiosas en la región, pero también entre continentes. Para enfrentar estas dificultades, los lazaretos del sur de Europa evolucionaron en instituciones complejas, especializadas en gobernar la porosidad de los límites territoriales. Ese control fue logrado a través de un instrumento sistemático que seleccionó, separó, desinfectó y disciplinó los cuerpos antes de su entrada al país. Así, para el análisis del lazareto la propuesta de Chircop vincula el concepto foucaultiano de “dispositif” con el más reciente de “apparatus” propuesto por Giorgio Agamben. La idea de apparatus, entendida como una máquina de gobernanza capaz de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar y controlar los gestos, comportamientos, opiniones y discursos de los seres vivos; permite comprender la multiplicidad de funciones que tuvieron los lazaretos como parte del límite marítimo territorial. Más allá de su uso como instrumento profiláctico, algunos lazaretos fueron sitios de detención, puestos limítrofes de control, hospitales para enfermedades infecciosas, asilos, laboratorios sanitarios y sociales, oficinas postales, y oficinas de inteligencia estatal. Si bien para nuestro estudio muchas de estas funciones no fueron asumidas por los lazaretos, resulta interesante inscribir el programa dentro de un campo transdisciplinar más amplio que el de la historia de la medicina.

En relación con este aspecto podemos citar el trabajo de Mark Harrison *Contagion, how commerce has spread disease* (2012). Harrison afirma que el comercio fue el factor clave que provocó la propagación de enfermedades de un lugar a otro desde el siglo XIV, estableciendo el vínculo permanente entre permitir el desarrollo económico y la protección sanitaria, tensión nodal para esta tesis. A la vez, aleja la perspectiva de una mirada netamente altruista del discurso médico, estableciendo que las cuarentenas muchas veces fueron utilizadas políticamente para favorecer a países ricos sobre pobres y a productores sobre consumidores. En nuestro caso esta mirada se vuelve fundamental para comprender cómo la aplicación de cuarentenas a un país vecino fue utilizada para captar un mayor flujo de inmigrantes, cuando Brasil, Argentina y Uruguay construyeron sus respectivos proyectos de país con la inmigración europea cumpliendo un papel central. Harrison plantea que estas medidas de salud pública son mejor entendidas como “compromisos inestables entre intereses dispares y conflictivos entre sí”. En la medida que el comercio se volvió cada vez más interconectado ese balance, que previamente se acotaba a los límites del Estado nación, entró en diálogo con múltiples actores nacionales e internacionales.

En el contexto sudamericano el trabajo de Cleide de Lima Chaves *As convenções sanitárias internacionais entre o Império Brasileiro e as Republicas Platinas, 1873 e 1887* (2009), nos permite ver las interconexiones comerciales y diplomáticas entre los tres países a través del abordaje de dos convenciones sanitarias ocurridas en 1873 y 1887, en Montevideo y Rio de Janeiro respectivamente. Lima Chaves integra estas conferencias dentro de un contexto más amplio de encuentros que buscaban lograr acuerdos internacionales para la prevención de enfermedades, y que se habían iniciado en París en 1851, con el fin de unificar criterios en el mundo comercial mediterráneo que mencionamos previamente. La autora define una región conformada por los principales puertos del Brasil y los del Río de la Plata, lo cual le permite discutir la historiografía tradicional que establecía una dicotomía entre la “América portuguesa” y la “española”. Si en el caso de Europa abordar las conferencias internacionales permitiría entender los primeros pasos de la conformación de la Organización Mundial de la Salud, para Lima Chaves estudiar estas conferencias americanas significaría observar el germen de la Organización Panamericana de la Salud, que precede a la OMS y posiciona a América en un rol pionero en lo referido a salud internacional.

Finalmente, el trabajo de Fernanda Rebelo Pinto *A travessia: imigracao, saude e profilaxia internacional, 1890-1926*, (2010) pretende estudiar el fenómeno inmigratorio en relación con la búsqueda de un sistema de prevención de las enfermedades exóticas, es decir aquellas que provenían de otras regiones y que su propagación era claramente una consecuencia de la inmigración. Así, a diferencia de muchas investigaciones que han observado las consecuencias de las epidemias en las ciudades, la autora se centra en analizar estas enfermedades en tres escenarios: dentro de los barcos, frente a los servicios sanitarios de los puertos y dentro de los espacios para la cuarentena. Esto le permite a Rebelo Pinto posicionar a los puertos como escenarios claramente vulnerables para la propagación de las epidemias, y que, en ese sentido, la preocupación por su saneamiento precede la institucionalización de la salud del resto de la ciudad. Para nuestra investigación resulta especialmente interesante el abordaje que realiza la autora sobre el lazareto de Ilha Grande, examinando las prácticas médicas y la experiencia dentro de la institución, aspectos generalmente poco abordados localmente por la historiografía en general y por la historia de la arquitectura en particular, como veremos a continuación.

Aportes desde la historia de la arquitectura

Mucho se ha escrito sobre los espacios para la salud y la contención de enfermedades en nuestro país, principalmente desde de la década de 1960 y a partir de los estudios de Michel Foucault

sobre la historia de la locura y el desarrollo de las prácticas médicas. Estos trabajos han influido en lo sucesivo a numerosas investigaciones desde el campo de la historia social y cultural. Trabajos como los de Diego Armus y Hugo Vezzetti se han centrado en diferentes espacios en la ciudad de Buenos Aires para la contención de enfermedades, físicas y mentales. Sin embargo, la Historia de la Arquitectura y del Urbanismo no parece haber acusado debido recibo de estos aportes en la formulación de sus relatos históricos en el periodo que pretendemos trabajar. En efecto, la Historia del Urbanismo exhibe una enorme ausencia de la planificación de dichos espacios dentro de la ciudad, excluyéndolos del proceso de conformación del trazado y desarrollo del medio urbano. La Historia de la Arquitectura también ha hecho lo propio, optando por el estudio de programas más prestigiosos y de mayor renombre. Esto se hace especialmente patente en aquellos trabajos que se han centrado en el estudio de la producción material y proyectual de los arquitectos más relevantes del periodo estudiado. Mientras que sus obras de mayor prestigio (bancos, escuelas, edificios administrativos, etc.) son abordadas al detalle, los proyectos de aislamiento que estudiamos se vieron relegados a un listado totalizador de la obra de dicho profesional. Cabe igualmente diferenciar a estos últimos de los proyectos hospitalarios no asociados a enfermedades contagiosas o mentales, los cuales sí han sido tenidos en cuenta por la historiografía, como así también por las publicaciones periódicas disciplinares del periodo. Los grandes proyectos ocuparon numerosas páginas de la *Revista de Arquitectura y Nuestra Arquitectura*. Los proyectos menos prestigiosos y más utilitarios fueron relegados a las páginas de la *Revista de Ingeniería*, a pesar de que eran en su mayoría arquitectos quienes las proyectaban.

De cualquier manera, ambas producciones pueden comprenderse dentro de un paraguas más amplio frecuentemente denominado “arquitectura para el Estado”. Esta problemática ha sido abordada por numerosos autores, analizaremos aquí los trabajos más relevantes.

Arquitectura del Estado de Buenos Aires (1853-1962) es justamente el nombre del trabajo publicado en 1965 por un equipo de investigadores del Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas de la, por entonces, FAU-UBA dirigido por Mario Buschiazzi y Ricardo Menéndez. Este trabajo realizó un recuento de las principales obras del periodo en clave estilista, y obras como hospitales, cárceles y cementerios fueron englobadas dentro de un conjunto calificado como “obras menores”. Son los edificios como el Teatro Colón, la Aduana, la Casa de Gobierno y la Legislatura Nacional los que fueron presentados como los proyectos relevantes del periodo. Asimismo, el análisis se basó en una mirada estilística que buscaba comprender las importaciones de las estéticas europeas que llegaban a nuestro país a través de profesionales que habían migrado a estas costas trayendo consigo un bagaje teórico sobre las

formas de construir propias de las academias. En una tónica similar se encuentra el trabajo de María del Carmen Mariconde titulado *Arquitectura del siglo XIX en Argentina*, que fue publicado en 1983. Si bien buscó ampliar el espectro territorial para incluir la ciudad de La Plata, la estructura de su relato se basó en intentar comprender las tendencias y persistencias estéticas de los diferentes estilos (barroco colonial, neoclasicismo, romanticismo, modernismo) en la producción nacional.

Debemos trasladarnos al año 1993 para encontrar un trabajo que cambió substancialmente el enfoque en relación con los textos descriptos anteriormente. En *El umbral de la metrópolis; transformaciones técnicas y cultura en la modernización de Buenos Aires (1870-1930)*, Francisco Liernur y Graciela Silvestri analizaron distintas operaciones arquitectónicas y urbanas encargadas por el Estado que previamente no habían sido abordadas, o que habían sido calificadas como meramente utilitarias. Así, las relaciones de Buenos Aires con el río y el proceso de electrificación tomaron en este escrito un gran protagonismo para comprender la modernización de la ciudad a fines del siglo XIX. Para nuestro tema es de especial interés el concepto de “ciudad efímera” trabajado por Liernur para referirse a la Buenos Aires previa a su federalización en 1880. Para el autor, esta ciudad de transición fue proyectada en un momento en el que la capitalización estaba en discusión, y por tal motivo las escalas urbana, edilicia y de infraestructura que adquiriría Buenos Aires eran imprecisas. Luego de la federalización, los edificios de esta ciudad efímera quedaron obsoletos siendo en muchos casos desplazados y reemplazados por otros, de escala y dimensiones acordes a la importancia de la nueva capital. Para nuestra investigación esa ciudad de transición resulta crucial en tanto que muchos de los programas que pretendemos estudiar fueron proyectados y construidos como programas temporarios durante dicho proceso.

Desde una perspectiva urbana, el trabajo de Fernando Aliata *La ciudad regular; arquitectura, programas e instituciones en el Buenos Aires posrevolucionario, 1821-1835*, (2006) abordó diversos proyectos que apuntaron a generar una planificación y un trazado regular que ya contemplaban nociones de higiene y ordenamiento. Desde esta perspectiva nos resulta interesante el concepto de “zonificación higiénica”, en la cual se determina claramente una ciudad sana que quedaría inscripta a grandes rasgos entre el río y las calles Córdoba, Entre Ríos e Independencia. Por fuera de ello existiría una “ciudad malsana” en donde podrían instalarse los distintos programas que eran considerados nocivos para la salud del cuerpo urbano, y que el autor denominó “máquinas higiénicas” en tanto eran programas capaces de una transformación real de los individuos. La idea de que esta ciudad sana se densificaría siempre dentro de dicho polígono de calles nos da una idea clara de qué escala y densidad de población se pensaba para la ciudad de Buenos Aires en dicho periodo. En nuestro caso esto resultará clave cuando

analicemos los espacios dentro de la ciudad destinados a la construcción de las casas de aislamiento. Veremos cómo, sucesivamente, los distintos programas fueron ubicados por fuera de este polígono, alejados de la ciudad sana.

Nuevamente Liernur realizó un aporte significativo a través de su libro *Arquitectura en la Argentina del siglo XX; la construcción de la modernidad* (2008). Con un enfoque territorial más amplio, en su primer capítulo, que abarca desde 1880 hasta 1910, el autor abordó la problemática de la construcción de la Nación y el desarrollo de los principales centros urbanos, en los cuales puede verse tanto el impacto de la intervención y la planificación estatal, como así también las huellas del desarrollo del modelo agroexportador, no solo a través de las industrias y fábricas, sino también en el desarrollo del sistema fluvial y ferroviario. Dentro de las arquitecturas del Estado Liernur menciona a las “máquinas del poder”: escuelas, hospitales y cárceles. La influencia foucaultiana aquí resulta clara. Si bien el abordaje en el trabajo es breve, Liernur examina los imaginarios que llegaron a condensar estos programas en el periodo de estudio, retomando la idea planteada por Aliata de la posibilidad de transformar a los individuos aislados dentro, en nuestro caso anulando la posibilidad de que esos sujetos transmitieran enfermedades al medio urbano.

Si bien su investigación excede el contexto nacional es pertinente mencionar la tesis doctoral de Fabiola López Duran titulado, *Eugenics in the garden: architecture, medicine, and landscape from France to Latin America in the early twentieth century* (2009).¹⁰ Allí López Duran analiza a la eugenesia como un emergente de la ciencia médica que se trasladó a la arquitectura y el planeamiento urbano, transformándose en un aspecto sustancial para comprender el desarrollo de la modernidad en ambos campos, tanto en Francia como en América Latina. Más allá del aporte que significa esta problemática poco estudiada, de este trabajo nos resulta interesante su enfoque internacional que evita analizar este fenómeno desde una teoría de la recepción, sino que propone a esta modernidad arquitectónica y urbana como un producto de la interacción entre Europa y América. Esta perspectiva se vuelve pertinente para esta tesis ya que también plantearemos a los sistemas y arquitecturas sanitarias como producto de intercambios, relaciones y debates entre los profesionales locales y extranjeros. Puntualmente en el caso de Buenos Aires se vuelve pertinente para esta tesis la idea de la ciudad como “objeto medicalizable” (*medical-izable object*) a través del diagnóstico y acción de nuevas instituciones creadas a tal fin, con la finalidad última de una utopía sanitaria urbana.

¹⁰ Esta tesis fue publicada en el año 2018 bajo el título *Eugenics in the garden: Transatlantic architecture and the crafting of modernity*. Texas, Estados Unidos: University of Texas Press.

Finalmente destacaremos el trabajo de Claudia Shmidt titulado *Palacios sin reyes; arquitectura pública para la capital permanente; Buenos Aires, 1880-1890* (2012). En este trabajo Shmidt retoma la problemática entre lo permanente y lo provisorio, en relación a la capitalización que Liernur había desarrollado en *El umbral de la metrópolis*, para enfocarse específicamente en la arquitectura escolar. Tanto para el trabajo de Shmidt como para nuestro trabajo, entender las problemáticas propias de la indefinición de la ciudad resultan claves para abordar el desarrollo confuso, y en gran medida contradictorio, de la infraestructura edilicia construida en Buenos Aires en este periodo histórico que pretendemos abordar.

En forma reciente diversos trabajos han abordado programas arquitectónicos poco estudiados por la historiografía. Dentro del programa de *Estudios históricos de las heterotopias*, del IAA-FADU-UBA, se han desarrollado investigaciones que ofrecieron lecturas alternativas para la ciudad de Buenos Aires tomando a los prostíbulos,¹¹ cementerios,¹² cárceles¹³ y zoológicos,¹⁴ como objetos de estudio particulares. Entendemos que tanto dichas investigaciones, como la aquí propuesta, constituyen aportes que complementan las miradas más tradicionales sobre el proceso de configuración urbana de la ciudad de Buenos Aires, al incorporar programas antes no contemplados como relevantes para comprenderlo.

Aportes desde la historia de la medicina

Para poder estudiar el sistema sanitario del puerto y los programas de aislamiento a fines del siglo XIX y principios del XX debemos insertarnos en el campo más amplio de los estudios sobre la medicina, caracterizados en este periodo por la influencia del positivismo y el higienismo. Consideramos que este campo tiene en el trabajo compilatorio e interdisciplinario de Hugo Biagini, *El movimiento positivista argentino* (1985), un punto de inflexión debido a la amplitud de miradas contempladas que lograron poner de relieve la multiplicidad de áreas en las que el pensamiento positivista logró sentar sus bases. En ese sentido el abordaje en el trabajo de Biagini resulta interesante por haber analizado no solo a los discursos sino también a las figuras relevantes que lograron ubicarse en espacios clave del aparato estatal, en especial dentro de las instituciones de control social. Fue a partir de sus prácticas dentro de ellas que se conformó lo que Ricardo Salvatore denominó como un “Estado médico-legal”.¹⁵ En este trabajo,

¹¹ Caride (2018).

¹² Dal Castello (2018).

¹³ Ruiz Díaz (2019).

¹⁴ Vasta (2019).

¹⁵ Salvatore (2001).

Salvatore denuncia la poca relevancia que se le dio al positivismo y sus representantes para comprender la conformación de las instituciones del Estado y sus prácticas cotidianas.

Un trabajo que resulta una excepción a esto es el de Jorge Salessi titulado *Médicos, maleantes y maricas; higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina, Buenos Aires 1871-1914* (1995). Resulta de especial interés para nuestra investigación la primera parte de este texto, en la que Salessi logra poner de relieve el enorme rol que tuvo la medicina y los profesionales médicos en el contexto de finales del siglo XIX. Esta profesión aparece con un rol protagónico a la hora de “curar” una nación y una ciudad “enfermas” en el discurso de figuras de gran trascendencia, transformándose en una disciplina clave para la transformación modernizadora. En la formación del saber y las instituciones médicas se depositó la responsabilidad de desarrollar una cura para la ciudad que conllevaría a una sanación para el país en el complejo contexto de las epidemias de fiebre amarilla.

Poco tiempo después Ricardo González Leandri profundizó aún más en la profesionalización médica en su trabajo *Curar, persuadir, gobernar; la construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886* (1999). Este período es definido por el autor como una fase política en la que el cuerpo médico se volcó a la gestión de sus intereses colectivos en diálogo con un Estado que obró como legitimador de un monopolio de la práctica de curar. Este proceso permite ver los diálogos y tensiones de los profesionales con el Estado y, principalmente, con otros agentes que también ostentaban un saber propio sobre dicho campo.

Otra vía de entrada la ofrecen aquellos estudios que han propuesto un abordaje específico sobre distintos episodios epidémicos, la respuesta institucional frente a ellos y su impacto en la sociedad. Dentro de ese grupo podemos citar primeramente el texto de Olga Bordi de Ragucci *Cólera e inmigración, 1880-1900* (1992). Tempranamente la autora señala que el análisis de la política sanitaria marítima resulta inseparable del estudio de la inmigración masiva. En ese sentido el trabajo se centra en la figura del Departamento Nacional de Higiene (en adelante DNH) creado en 1880, que dos años después debió hacerse cargo de la política de sanidad marítima argentina. Bordi de Ragucci señala un perfil racional y científico de la institución que se tensiona con la falta de recursos y la presión oficial preocupada por mantener el comercio exterior. En esta tesis veremos como esas tensiones también se trasladaron al medio urbano y tuvieron un impacto en la materialización o no de diversos programas arquitectónicos.

En el año 2004 podemos encontrar prácticamente el único trabajo que ha abordado el papel jugado por los programas de aislamiento en el marco local. En un artículo titulado *El rol de los lazaretos en el control del cólera y la fiebre amarilla, Buenos Aires 1870-1915*, Adriana Álvarez exhibe el sistema sanitario portuario a fines del siglo XIX, compuesto por lazaretos fijos

y flotantes. En dicha publicación justamente daba cuenta de las abundantes “lagunas temáticas” en el campo reciente de la historia de la salud y la enfermedad, lo cual incluía a los lazaretos.¹⁶ Álvarez concluye que estos espacios desempeñaron un rol clave para el control de las enfermedades contagiosas. Sin embargo, su investigación no construye un mapa de relaciones con el medio urbano y con un contexto regional más amplio, aspecto que en esta tesis buscaremos superar.

Sobre esas mismas afecciones, Maximiliano Figuepron afirma que se estableció una memoria que invisibilizó el accionar estatal frente a las prácticas autogestivas de comisiones y organizaciones vecinales. Alejándose de esa mirada y en un entrecruzamiento entre relatar la historia de la epidemia y el cómo fue contada, en su *libro Morir en las grandes pestes: las epidemias de colera y fiebre amarilla en las Buenos Aires del siglo XIX (2020)*, el autor propone un relato en el que se exhibe la articulación entre el Estado y la acción comunitaria. De este análisis, la idea de las epidemias como “vectores de institucionalización” se vuelve sumamente relevante para esta tesis considerando nuestro interés en el impacto urbano de las estrategias sanitarias. Este concepto se refiere a la capacidad del Estado de consolidar espacios y áreas de influencia durante los contextos epidémicos, dinamizando procesos previos, que en muchos casos terminaron incidiendo en aspectos materiales de la ciudad y en prácticas específicas de la comunidad.¹⁷

En el correlato entre enfermedad y el medio urbano es necesario mencionar las investigaciones de Diego Armus. Sus aportes al campo han sido múltiples, incluyendo trabajos que permiten reconstruir algunas de las problemáticas en torno a la práctica de la medicina en América Latina y el Caribe.¹⁸ Nos centraremos aquí en su texto referido a la ciudad de Buenos Aires titulado *La ciudad impura; salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950 (2007)*. Los textos de Armus se insertan dentro de una corriente que buscaba renovar las formas tradicionales de la historia de la medicina. En esta corriente el descubrimiento, la vida y la muerte de ciertas enfermedades permiten ver una historia de la profesión médica con dinámicas distintas a los relatos que se basaban en las relaciones entre dicha profesión, el Estado, el poder y la política. Alejándose de esta perspectiva, la historia que Armus plantea toma la enfermedad como vía de entrada para ver no solo la mirada médica sino una serie de fenómenos sociales y culturales que se intersectan alrededor del tratamiento de la enfermedad. Esta vía de entrada nos resulta especialmente interesante para nuestro trabajo, ya que nos permite observar toda una serie de operaciones políticas, legales, económicas y materiales que rodean a las

¹⁶ Álvarez (2004):287.

¹⁷ Figuepron (2020): 94.

¹⁸ Armus (2002); Armus, Hochman (2004); entre otros.

enfermedades infectocontagiosas en este Mundo Atlántico que pretendemos abordar, especialmente en la referido a las políticas de salud del espacio portuario como área de vacancia poco estudiada por la historiografía.

Para terminar, es necesario mencionar dos trabajos que no se han centrado en nuestro país, pero si se han preocupado por observar el impacto local de eventos epidémicos y estrategias sanitarias globales. El primero de ellos fue escrito por Myron Echenberg y se titula *Plague ports; the global urban impact of bubonic plague between 1894 and 1901* (2007). En este ambicioso estudio comparativo el autor analiza la respuesta sanitaria de diferentes y variadas ciudades-puerto frente a la peste bubónica ocurrida en el cambio del siglo XIX al XX, planteando un recorrido amplio, en el que se abordan ciudades como Hong Kong, Ciudad del Cabo, Honolulu o San Francisco. Dicho trabajo resulta pertinente para esta tesis por varios motivos. En primer lugar, por un estudio prácticamente regional del impacto de la peste en el área comercial definida por las ciudades de Rio de Janeiro, Rosario y Buenos Aires. En segundo lugar, porque lo que subyace de dicho análisis es la tensión entre teorías medicas diferentes. Un cambio de paradigma entre “el viejo sanitarismo” (*older sanitarian*) y “el nuevo abordaje bacteriológico” (*newer bacteriological approach*).¹⁹ En esta tesis buscaremos mostrar que este nuevo abordaje bacteriológico supuso también un nuevo conjunto de prácticas y programas arquitectónicos con un fuerte impacto en el medio urbano.

Ese conjunto de prácticas fue posible gracias al desarrollo de una serie de nuevos dispositivos “tecnocientíficos”, los cuales han sido estudiados por Lukas Engelmann y Christos Lynteris en su libro *Sulphuric utopias: history of maritime fumigation*. Como señalan los autores, en los estudios sobre sanidad marítima estos dispositivos han aparecido solo como una nota al pie. Sin embargo, han sido ellos los que mediante la combinación de compuestos químicos y tecnología aplicada permitieron el desarrollo de una “utopía sulfúrica” (*sulphuric utopía*) que permitiría el movimiento libre transnacional, dejando atrás los problemas planteados por las cuarentenas y el aislamiento sanitario preventivo.

Considerando estos aportes nos proponemos desarrollar esta historia que permitirá visibilizar el impacto de las políticas sanitarias portuarias y marítimas en el medio urbano.

¹⁹ Echenberg (2007): XII.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de esta tesis y en relación con los objetivos e hipótesis planteadas se propone la utilización de ciertas herramientas propias de la historia global, como estrategia necesaria para comprender la administración de la inmigración como una problemática local, pero perteneciente a su vez a un fenómeno regional más amplio. Es ese sentido se propone plantear una geografía de fenómeno para comprender las redes de cooperación entre los principales puertos de Brasil, Argentina y Uruguay, las cuales a la vez responden y se tensionan con políticas a nivel nacional específicas. Este tipo de planteo se vuelve necesario en tanto que veremos que dichas redes trascendieron las fronteras nacionales, establecieron acuerdos y determinaron líneas de acción que determinaron una estrategia sanitaria interportuaria como respuesta a la propagación de enfermedades contagiosas. Su aplicación a la vez cobra más sentido en un espacio territorial más pequeño que los tres territorios nacionales antes mencionados, cuya lógica puede verse en un espacio atlántico conformado por Buenos Aires, Rio de Janeiro, Montevideo y sus tres islas lazaretos: Martín García, Isla Grande e Isla de Flores.

Cabe aclarar que esta tesis no persigue un estudio comparado de las instalaciones cuarentenarias de los tres países. Por el contrario, y persiguiendo una de las líneas que plantea la historia global, esta investigación se mueve alternativamente entre distintas escalas - macro/micro, territorial/regional/urbano, porque entiende al sistema sanitario como un fenómeno que trasciende las fronteras y los límites del Estado nación, y que se define y redefine en su relación con otros.²⁰ En línea con lo planteado por Otero, una pregunta posible indaga sobre los efectos de las políticas globales en los fenómenos locales, y viceversa de las políticas locales en los fenómenos locales. Derivada de esas preguntas en estas tesis nos proponemos determinar la magnitud, alcances y limitaciones de las pautas establecidas en los tratados internacionales y aquellas generadas desde el Gobierno Nacional, poniéndolas en relación con su implementación en la ciudad de Buenos Aires. A la vez, es posible indagar si las medidas desplegadas en ella, principal puerto nacional y uno de los destinos más elegidos por los inmigrantes, terminaron teniendo un impacto en las políticas regionales y globales.

Siguiendo este planteo nos proponemos revisar la historia de las condiciones sanitarias de la inmigración masiva a través de sus espacios y sus territorialidades en la ciudad a través de los distintos proyectos de aislamiento, construidos o no construidos, que a través de su ubicación nos permitirán tener una lectura del medio urbano en distintos momentos del periodo

²⁰ Sobre las diferentes posibilidades de la historia global ver Otero (2014).

histórico estudiado además de una lectura de la espacialidad y tecnologías propuestas en cada caso.

Un planteo de estas características presenta diversos desafíos que buscaron ser subsanados con el uso de múltiples y diversas fuentes. Entre una amplia variedad de reservorios se han consultado los archivos consulares, las memorias institucionales correspondientes al Ministerio de Relaciones Exteriores y diversas fuentes secundarias con el fin de reconstruir los conflictos, acuerdos y relaciones entre los tres puertos antes mencionados para poder abordar la problemática desde una lógica regional del mundo Atlántico.

Para abordar localmente la problemática portuaria se han empleado las memorias institucionales del Ministerio de Guerra y Marina y del DNH, entes que se solapaban en la administración de la sanidad portuaria y que fueron hechas responsables cuando un caso sospechoso ingresaba al medio urbano. Por un lado, esto representó un conflicto con las autoridades municipales de la ciudad, lo cual puede verse tanto en las memorias municipales como en las de las Asistencia Pública (en adelante AP). Sin embargo, también nos interesa reconstruir la mirada no institucional, que percibe el fenómeno desde otro lugar. Este punto resulta fundamental en tanto que en este trabajo entendemos a la enfermedad y las epidemias como “experiencias colectivas”, que involucran a todo el cuerpo social y urbano bajo una sensación de amenaza.²¹ Para reconstruir esta otra mirada nos valdremos de distintas fuentes de prensa escrita: publicaciones especializadas, periódicos de gran tirada y revistas.

Finalmente, el abordaje de los diversos proyectos de aislamiento significó un importante desafío. Como hemos mencionado estos programas han recibido escasa atención, definiendo una importante y tentadora área de vacancia. En ese sentido, muy pocos de los proyectos aquí analizados han sido abordados en profundidad previamente. Asimismo, la preocupación por la ubicación de los programas y sus posibles efectos en la definición de territorios urbanos también es relativamente reciente y ha implicado para su análisis el uso de fuentes alternativas, algunas de las cuales ya hemos mencionado, como también el uso de cartografía específica que permitiera leer los distintos momentos de la ciudad cuando esos proyectos fueron diseñados. A la vez mucha de la documentación referida a esos proyectos se ha perdido, contando solo con descripciones que permiten tener una idea parcial de su diseño total. El caso inverso también presenta problemas en tanto que se cuenta con la documentación, pero no una memoria de proyecto que permita acceder a las lógicas de su concepción. En estos casos se ha optado por

²¹ Delumeau, J. (2012); Fiquepron, M. (2020)

inscribir dicha propuesta en un contexto más amplio de producción de ese programa, marcando sus particularidades y contradicciones en relación con esos planteos.

La estructura narrativa de esta tesis se divide en seis capítulos. En el capítulo 1, *Quaranta giorni*, se propone como primer paso necesario reconstruir problemáticas de larga duración referidas a las cuarentenas y los lazaretos, considerando principalmente su dimensión espacial. Esta aproximación al aislamiento sanitario en perspectiva histórica desde sus inicios en el mundo Mediterráneo nos permitirá distinguir luego aquellas facetas propias de las cuarentenas en el mundo americano, distintas de la experiencia europea, pero que se fueron redefiniendo en la interrelación entre ambos continentes.

En el capítulo 2, *Los inicios de la prevención*, se pretende abordar la formación del sistema sanitario portuario argentino que vinculó a las principales ciudades fluviales del país, como Buenos Aires y aquellas vinculadas al circuito comercial del río Paraná. La necesidad de un control más exhaustivo de las entradas al territorio determinó la formación de un nuevo organismo del Estado, la Junta de Sanidad, cuyas funciones más importantes fueron la formulación de los reglamentos para la inspección sanitaria y su puesta en práctica en tensión con los gobiernos provinciales y extranjeros, como también con diferentes actores vinculados al movimiento portuario.

El capítulo 3, *Hacia un reglamento internacional*, reconstruye la organización y los debates ocurridos en la primera Conferencia Sanitaria Internacional ocurrida en Montevideo en 1873, en la que participaron las tres naciones mayor importancia comercial fluvial del Atlántico sudamericano: Brasil, Argentina y Uruguay. Dicha reunión fue el emergente de una situación cada vez más apremiante en la que, como había sucedido en Europa, la necesidad de acuerdos sanitarios regionales parecían ser la única manera de evitar la propagación de enfermedades infectocontagiosas, ante el fracaso de medidas aisladas. La duración de las cuarentenas, el protocolo de aplicación para las inspecciones o el grado de rigor a emplear frente a una embarcación sospechosa de tener tripulantes enfermos a bordo, fueron algunos de los principales temas tratados que motivaron fuertes discusiones y permanentes desacuerdos. Este capítulo permitirá contrastar los tiempos de los acuerdos diplomáticos con los tiempos más apremiantes que imponían las enfermedades contagiosas. Así, ante una posible nueva epidemia, se pondrá de manifiesto la diferencia de velocidades entre la diplomacia internacional, la burocracia estatal y la propagación de las enfermedades en el medio urbano.

En el capítulo 4, *El aislamiento como problema*, abordaremos distintos proyectos arquitectónicos para dar respuesta al problema del aislamiento sanitario frente a un nuevo

contexto de epidémico y con las instalaciones existentes en tela de juicio. Así nuevas locaciones debieron disponerse para diferentes instalaciones, aunque estas en principio fueran provisorias. En la ciudad de Buenos Aires veremos como esa operación se interrelaciono por un lado con la intención de ubicar otros programas de aislamiento que buscaban solucionar otras problemáticas de la denominada “cuestión social”, y por el otro lado con el proceso de consolidación de la ciudad de Buenos Aires en su camino a consolidarse como la capital de la República.

El capítulo 5, *Transformaciones de la profilaxia a fines del siglo XIX*, veremos un proceso de cambio en la estrategia sanitaria, ligado principalmente al avance de la bacteriología dentro de la teoría médica. En ese contexto, la desinfección mediante distintos agentes químicos y dispositivos técnicos comenzó a perfilarse como una alternativa a las medidas de cuarentena, pero también como una forma de sustituir e implementar practicas dentro del medio urbano, para lo cual necesitó el desarrollo de nuevos programas arquitectónicos. Como todo cambio de paradigma esta renovación despertó resistencias entre los defensores de las teorías anteriores, pero también de la sociedad porteña frente a un rápido avance de la modernidad sanitaria.

Finalmente, en el capítulo 6 titulado *El último barco*, observaremos el final de un proceso en cual las cuarentenas fueron abolidas definitivamente como medida profiláctica en nuestro país, a partir de los adelantos de la higiene y las condiciones sanitarias alcanzadas principalmente en la capital, y en un contexto en que las principales potencias del mundo abandonaban los antiguos métodos en favor de la desinfección bajo diversos sistemas. En este último capítulo y como cierre de esta tesis veremos como el cambio de siglo marcará el desarrollo de nuevos proyectos arquitectónicos y de innovaciones tecnocientíficas que permitieron dejar a las cuarentenas como un hecho del pasado.

CAPITULO 1

QUARANTA GIORNI

“El país que no se preserva o lo efectúa de un modo deficiente e insuficiente, por exponer la salud pública de los que mantienen relaciones comerciales con él, debe ser sujetado a cuarentena”. Ponce (1888):12.

Un año antes de su muerte en 1790, el filántropo inglés John Howard publicó el segundo de sus dos grandes trabajos sobre instituciones de reclusión, *An account of the principal lazarettos in Europe, with various papers relative to the plague, together with further observations on some foreign prisons and hospitals, and additional remarks on the present state of those in Great Britain and Ireland*. Es justo decir que la trayectoria personal de Howard ha sido mucho más asociada por la historiografía a las cárceles, a partir de su primer libro *The State of the Prisons in England and Wales*, de 1777, el cual ha sido traducido a múltiples idiomas y considerado como un aporte de gran trascendencia para la reforma penitenciaria europea del siglo XVIII.²² Hecho prisionero en 1756 en Brest y Carpaix durante un viaje a Portugal, Howard tuvo una primera aproximación a las condiciones a las que eran sometidos los presos en las cárceles del siglo XVIII, experiencia que luego se amplió cuando asumió el cargo de alguacil de Bedfordshire, con el cual recorrió varias prisiones en Inglaterra y Gales. Luego de la publicación de este primer libro Howard decidió extender aún más su estudio visitando establecimientos carcelarios del resto de Europa, inclusive a algunos en más de una ocasión. En ese proceso también conoció numerosos lazaretos de los cuales dio cuenta en su segundo libro, experiencia que le permitió plantear un lazareto “tipo” ideal que podría ser construido en Inglaterra, que para ese entonces aun no contaba con instalaciones de este tipo.

Elegimos comenzar el capítulo inicial de esta tesis refiriéndonos a *An account of the Principal Lazarettos in Europe* por varios motivos. En primer lugar, este trabajo resulta una vía de entrada significativa para comenzar a comprender problemáticas referidas a las cuarentenas y los lazaretos desde varias de las aristas propuestas a lo largo de esta tesis, principalmente la dimensión espacial que, como mencionamos previamente, no ha sido demasiado abordada por la historiografía. Por otra parte, y este el objetivo central de este apartado, podremos observar que algunas de esas problemáticas son de larga duración y que, aún con transformaciones, han permanecido desde la erección de los primeros lazaretos. Con el desarrollo de los capítulos, esta aproximación nos permitirá distinguir facetas propias de las cuarentenas en el mundo

²² Ver por ejemplo Caro (2013).

americano, que fueron particulares y distintas de la experiencia europea. En ese sentido, podemos afirmar que las cuarentenas y los lazaretos en América Latina tuvieron una “vida corta” a diferencia de su “larga duración” al otro lado del Atlántico. Para cuando la organización del sistema sanitario comenzaba a ser tratada en la Argentina la experiencia europea llevaba siglos lo que incluyó el desarrollo de proyectos arquitectónicos ideales y dispositivos técnicos específicos para la desinfección profiláctica. Comprender ese desfase entre ambas partes se volverá necesario en próximos capítulos cuando las prácticas sanitarias comiencen a ser definidas y redefinidas en diálogos transoceánicos directos e indirectos.

Reconstruir por completo la experiencia de las cuarentenas y el aislamiento en Europa excede los objetivos de esta tesis. En su lugar nos proponemos recorrer esa historia a través de la mirada de diversos autores, como un punto de partida necesario para entender luego la interrelación entre el mundo Atlántico y otros interlocutores internacionales. En ese recorrido nos detendremos en ciertas problemáticas clave que nos permitirán comprender a las cuarentenas en la intersección y tensión entre la medicina, la política y la economía, que tuvieron un impacto en el espacio urbano y arquitectónico.

1.1. El inicio de las cuarentenas

Al momento de la publicación del libro de John Howard han pasado más de trescientos años desde la imposición de las primeras medidas de aislamiento para evitar la entrada de epidemias a muchas ciudades europeas. El resurgimiento urbano ocurrido a fines de la Edad Media trajo consigo un crecimiento poblacional y un flujo comercial que, como contrapartida, estableció las condiciones necesarias para que distintas enfermedades se propaguen, en especial la mortífera “peste negra” que diezmó a Europa. La enfermedad se presentó por primera vez en el puerto siciliano de Messina en octubre de 1347.²³ Desde allí se propagó por el resto del continente utilizando las conexiones existentes entre de las distintas ciudades puerto. Con el tiempo también los rumores y las desconfianzas comenzaron a propagarse, en especial sobre el origen de los distintos males. Así, Egipto y la zona del Levante fueron percibidas como regiones donde algunas enfermedades estaban asentadas en forma permanente, es decir eran “endémicas” allí. Dicha percepción afectaba negativamente la importación de productos y

²³ Harrison (2012):3.

procedencias adquiridos en esas zonas, por el miedo a un posible contagio que pudiera darse, por ejemplo, mediante el consumo de especias o el uso de ropas adquiridas en esa región.²⁴

En ese contexto surgieron las medidas de aislamiento como los instrumentos que, aunque ralentizaban el comercio, no lo interrumpían completamente y permitían proteger al medio urbano y sus habitantes.²⁵ Ragusa fue la primera ciudad que impuso medidas de aislamiento con el fin de proteger sus intercambios comerciales con otros importantes puertos, incluyendo los de las costas del Asia menor, África y el Levante. En 1377 promulgó una ley que prohibía la “libre plática” de personas provenientes de regiones afectadas por epidemias.²⁶ Según si habían llegado por tierra o por mar debían pasar un período de aislamiento de un mes en la región cercana de Ragusavecchia o en la Isla Mercana, situada a 16 km al sur de la ciudad, respectivamente.²⁷ Siguiendo su ejemplo, al año siguiente Venecia creó un consejo sanitario con capacidad para aislar barcos, personas y bienes infectados en una isla cercana a la ciudad. En 1397 Ragusa extendió sus precauciones y estableció el aislamiento a las personas y mercancías provenientes de regiones sospechosas por un período de tiempo de “*quaranta giorni*”, -cuarenta días-, de donde surgió el término “cuarentena”. Con una diferencia de tiempo acotada muchas de las más importantes ciudades puerto tomaron medidas similares, como Marsella, Barcelona y Sevilla en 1383; Pisa en 1464 y Génova en 1467. Menos frecuente fue el uso de cordones sanitarios, que consistía en aislar una zona afectada por una enfermedad, impidiendo la entrada o salida de personas, de manera de evitar la circulación de la enfermedad hacia otras latitudes. Como vemos el aislamiento, desde sus orígenes como medida sanitaria, se relacionó con el flujo comercial, pero los discursos sobre si su existencia permitía, retrasaba o imposibilitaba dichos flujos fueron cambiantes a lo largo de su historia.²⁸

La segunda relación para considerar es la que vincula a las medidas de aislamiento con el conocimiento médico. La adopción de las cuarentenas parecería indicar una creencia en que las enfermedades podían propagarse por contagio, ya sea de persona a persona o de objetos a personas. Sin embargo, a comienzos del siglo XV esto no era estrictamente así.

Según la formación de los distintos médicos podía haber múltiples teorías acerca de las causas del desarrollo de las enfermedades. Aquellos formados en la tradición médica greco-

²⁴ No hay un acuerdo pleno sobre las causas de la Peste Negra. La velocidad de propagación y la presencia de algunos síntomas arroja algunas dudas sobre si algunas de las epidemias asociadas a la peste en realidad no podrían haber sido causadas por otras enfermedades o una combinación de infecciones. Ver Harrison (2012):7.

²⁵ Bonastra Tolos (2006):161.

²⁶ La libre platica consiste en el acto administrativo otorgado por las autoridades para permitir o no el permiso de entrada a puerto una vez comprobado el buen estado de salud de la tripulación y pasajeros.

²⁷ Bonastra Tolos (2006):162.

²⁸ Harrison (2012):8.

romana, por ejemplo, mantenían la hipótesis de la enfermedad como un desbalance entre los cuatro “humores” que regían el cuerpo humano: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra; al igual que la naturaleza que estaba compuesta por cuatro elementos: tierra, aire, fuego y agua. Así las variaciones entre las distintas estaciones del año podían afectar los cuatro humores del cuerpo provocando enfermedades, lo cual ayudaba a explicar por qué ciertos males aparecían con frecuencia durante un momento del ciclo anual.

Teorías alternativas incorporaban otras dimensiones ambientales, astrológicas o religiosas para explicar el origen de las epidemias.²⁹ Estas hipótesis no eran mutuamente excluyentes entre sí, sino que podían combinarse de diferentes formas. Stevens Crawshaw afirma que, en este contexto de modernidad temprana, el mundo divino y el mundo natural estaban profundamente interconectados.³⁰ Así, la enfermedad podía ser enviada por Dios como castigo por los pecados de los hombres, que introducían la corrupción en un mundo perfectamente creado. Esta corrupción creaba una sustancia conocida como “miasma”. Dicho concepto ya estaba presente en la mitología griega y se asociaba a un vapor o “aire malo” enviado por los dioses y que debía ser purgado mediante la reparación de la mala acción ejercida contra ellos. Los romanos también le atribuyeron la idea de un castigo divino que debía ser enmendado. En el mundo tardomedieval ese aire corrupto, miasmático, podía corromper el cuerpo si se lo inhalaba causando múltiples síntomas. Además, ese mismo aire podía ser exhalado contagiando a otra persona, o adherirse a ropas u objetos con superficies porosas. Por esto, las primeras legislaciones sanitarias prestaron especial atención a la importación de vestimentas, ropas de cama o telas; aunque no había un consenso total sobre esto y las disposiciones variaban regionalmente.³¹ Recién a principios del siglo XVII la mayoría de los médicos europeos aceptaron el contagio, de persona a persona o de mercaderías a personas, como una de las principales causas de la propagación de la peste, aunque podía combinarse con otros múltiples factores. Fuera de occidente, en el mundo islámico y en el lejano oriente, estas nociones eran igualmente ambiguas.³²

El tiempo de cuarenta días también estaba imbricado de creencias religiosas y simbólicas asociadas a la purificación. Según Stevens Crawshaw, este periodo de tiempo aparece con frecuencia en la Biblia asociado a numerosos sucesos de gran trascendencia: fue el tiempo que duró la inundación en el Viejo Testamento, Moisés camino por 40 días al Monte Sinaí antes de recibir los 10 mandamientos, Jesús apareció ante sus discípulos luego de 40 días desde la

²⁹ Bonastra Tolos (2006); Harrison (2012).

³⁰ Stevens Crawshaw (2012):28.

³¹ Stevens Crawshaw (2012):28.

³² Harrison (2012):11.

crucifixión, entre otros.³³ Con el tiempo este plazo necesario para dar por terminada la cuarentena fue ampliamente discutido tanto por la presión ejercida por los comerciantes como por la teoría médica, que proponía ciertos periodos de incubación y desarrollo de las enfermedades, aunque sobre este aspecto tampoco había un consenso.

Dicha falta de acuerdos también podía verse al momento de los diagnósticos, lo cual determinaba que una persona, embarcación, barrio o ciudad era peligrosa y debía aislarse. Ante la misma sintomatología médicos diferentes podían asegurar tanto que la enfermedad era peste y era contagiosa, como también que se trataba de otra afección que no revestía riesgo de transmisión. Como puede anticiparse esto llevó a arbitrariedades a uno y otro lado del espectro posible: personas asintomáticas que eran aisladas sin razón en lazaretos, o lo opuesto, la no aplicación de medidas sanitarias cuando se aseguraba que la enfermedad presente en una ciudad no era la peste, resultando luego en un importante brote. En el contexto de las grandes epidemias, estas diferentes visiones sobre las posibles vías de contagio y la disparidad de diagnósticos eran comprensibles. Watts afirma que en este período no fue una, sino tres las variedades de peste que asolaron a Europa. La primera de ellas era la peste en su forma bubónica que era transmitida por pulgas de ratas a través del bacilo *Yersinia pestis*. Dichas pulgas podían desplazarse desde las ratas a granos o telas donde eran capaces de hibernar por tiempos prolongados, incluyendo los viajes entre puertos. La peste bubónica se manifestaba mediante la hinchazón de la glándula linfática en la ingle, axila o bajo las orejas, pero también podían crecer internamente afectando a otros órganos vitales, “ocultando” así los síntomas. La segunda forma de la peste utilizaba como vector a la pulga humana *Pulex irritans*, la cual podía contagiar la enfermedad pasando de una persona a otra si, por ejemplo, habían compartido vestimenta o cama, lo cual era muy común principalmente en las zonas urbanas más pobres. La tercera y última forma era la peste neumónica, y se contagiaba mediante la exhalación de gotas de un paciente con peste bubónica mediante la respiración o la tos.³⁴

Podemos decir que el aislamiento y la cuarentena no han sido un derivado directo de una teoría médica predominante, con capacidad para la detección efectiva de las enfermedades, sino que otros factores han contribuido a su sostenimiento o interrupción. Veremos cómo diferentes ciudades han establecido cuarentenas como medida de profilaxia aun cuando la teoría médica no la recomendaba. También su opuesto, la resistencia por parte de las

³³ Stevens Crawshaw (2012):7.

³⁴ Watts (1999): 27.

autoridades a las cuarentenas aun cuando existían profesionales de la medicina abogando por su instalación ante un riesgo epidémico.

Otro factor para considerar, y vital para esta tesis, es la necesidad de combinación de las medidas de aislamiento con un espacio arquitectónico específico que permitiera aplicar lógicas concretas a la separación de los sujetos afectados del resto del cuerpo social. Frente a la epidemia de peste de 1347 se utilizaron antiguas leproserías remodeladas, pero ya a principios del siglo XV importantes puertos del circuito comercial mediterráneo comenzaron a construir *lazaretos*, es decir espacios donde aislar a los cuarentenarios y desinfectar cargas, ropas y objetos. Venecia construyó su primer lazareto, -el lazareto Vecchio-, en la isla de Santa María de Nazaret en 1423,³⁵ Ragusa en la isla de Supetar en 1430, Padua en 1437, Brescia y Madrid en 1438, Verona en 1473, Génova a principios del 1500 y Marsella en 1527, entre muchos otros.³⁶ Venecia inclusive construyó un segundo lazareto, -el lazareto nuovo- en 1456, para aquellos casos sospechosos de haber contraído la enfermedad en el medio urbano; personas convivientes con un fallecido por la peste, por ejemplo. También podía recibir a aquellos convalecientes que se encontraban en lazareto Vecchio para evitar el contagio con cuarentenarios sin síntomas. Su función varió dependiendo si se estaba transitando o no un periodo de epidemia.³⁷

Otras ciudades del norte de Europa comenzaron a considerar estos establecimientos como indispensables para poder también hacer frente a la propagación de la peste, especialmente entre la población más pobre.³⁸ Frecuentemente los sectores más acaudalados escapaban de la ciudad a zonas no afectadas hasta que el peligro pasara. Antes de finalizado el siglo XV, Münster, Frankfurt y Nuremberg construyeron sus lazaretos en 1475, 1494 y 1498 respectivamente. En la mayor cantidad de casos se prefirió su instalación en zonas de fácil acceso, pero alejadas prudencialmente de la ciudad. Las islas cercanas a los puertos, aguas abajo en relación con el medio urbano, eran vistas como las locaciones más adecuadas para este propósito.³⁹ Aun así, las propuestas constructivas y materiales variaban notablemente en concepción y perdurabilidad. Stevens Crawshaw sostiene que existieron tres tipos de respuesta en relación a los edificios para el aislamiento frente a las epidemias: las respuestas de tercera clase (*third-class response*) incluían edificios de reclusión temporarios o la construcción de

³⁵ Risse afirma que el primer nombre para este edificio fue “Nazaretto” por su ubicación en la Isla de Nazaret y que luego fue reemplazado por “lazareto” debido a que su función se asoció progresivamente a los antiguos leprosarios. Risse, G. (1999):202.

³⁶ Stevens Crawshaw (2012):21; Bonastra Tolos (2006):169.

³⁷ Stevens Crawshaw (2012):3.

³⁸ Risse (1999):203.

³⁹ Risse (1999):203.

estructuras de madera que serían quemadas luego del fin del brote. Las respuestas de segunda clase (*second-class response*) consistieron en la construcción de edificios permanentes que solo eran utilizados durante una epidemia. Finalmente, las respuestas de primera clase (*first-class response*) eran las más costosas e implicaban la construcción de edificios permanentes que se utilizaban en forma constante, y contaban con un personal asignado estable. Estas últimas además eran las más fáciles de administrar durante una epidemia y aseguraban un espacio hospitalario para los enfermos de peste. De todas formas, estas respuestas no eran mutuamente excluyentes y muchas ciudades las combinaron de manera alternativa.⁴⁰

Desde otra perspectiva, el estudio de Bonastra Tolos permitiría profundizar en estas tres categorías, considerando también los aspectos morfológicos que fueron desarrollándose y modificándose desde el inicio de las cuarentenas hasta el siglo XIX. Esto le permite definir por un lado a los lazaretos heterogéneos, donde se incluyen aquellos edificios adaptados a la función lazareto, y luego aquellas construcciones proyectadas desde el inicio con esa función, pudiendo clasificarse en lazaretos renacentistas, ilustrados, pabellonarios y románticos.⁴¹

Si bien la mayoría de estas categorías no se ajusta totalmente al periodo de análisis de esta tesis y a las instituciones que se construyeron en Buenos Aires, tanto de la propuesta de Stevens Crawshaw como de Bonastra Tolos nos interesa tomar la dicotomía frente a la amenaza latente de posibles epidemias intermitentes y no anticipables. Dicha dicotomía presentaba dos alternativas: establecer estructuras temporales, “lazaretos provisorios”, que sirvieran el tiempo que durara el brote epidémico, o construir “lazaretos fijos” o “permanentes”, que pudieran ofrecer un servicio constante. Esto obedecía también a un segundo factor que tenía que ver con el carácter endémico o importado de ciertas enfermedades. Si una enfermedad era considerada endémica, es decir que está presente localmente en forma constante, entonces la necesidad de establecer lazaretos para su contención se volvía más evidente. Si en cambio se determinaba que era importada podía optarse por endurecer las medidas restrictivas que impedirían su entrada al territorio. Como veremos, determinar el carácter endémico o importado de una enfermedad no era tarea fácil e incluía conflictos entre profesionales médicos y también presiones políticas y diplomáticas.

En general las ciudades más cercanas al mediterráneo adoptaron más rápidamente las medidas sanitarias. Harrison atribuye este fenómeno a dos posibles factores. Por un lado, la mayor cercanía de estos puertos a posibles focos de contagio, principalmente a través del comercio con el Levante y el Asia Central. En segundo lugar, la asociación de políticas sanitarias

⁴⁰ Stevens Crawshaw (2012):9.

⁴¹ Bonastra Tolos (2006): 219.

más fuertes en las ciudades mediterráneas fue el emergente de ideas que vincularon la ausencia de epidemias en el medio urbano con el buen gobierno.⁴² Dicha vinculación se habría dado primero en las ciudades italianas donde la noción del “bien común” se volvió integral a la cultura cívica. La implementación de cuarentenas y medidas sanitarias, como la formación de consejos sanitarios y la limpieza de calles y espacios públicos, demostraban la voluntad de protección de ese bien común por encima de los intereses comerciales de los mercaderes, que también buscaron presentarse como contribuyentes a esa causa aportando a la fundación de hospitales y de instituciones de caridad para los más necesitados, los cuales por sus condiciones materiales y sociales de vida eran los primeros en ser afectados por la peste.⁴³

Luego de la plaga de San Carlo, que afectó a muchas ciudades estado italianas entre 1575 y 1578, las medidas sanitarias adoptadas se complejizaron marcando una notoria diferencia entre la sofisticación de estas con respecto al resto de Europa. Se establecieron cinco elementos clave: control riguroso del desplazamiento entre regiones infestadas y libres de enfermedad mediante el uso de cuarentenas marítimas o terrestres; sepultura obligatoria de los fallecidos por la peste en fosas especiales y destrucción de sus bienes personales; aislamiento de los enfermos y sus familias en su domicilio o en establecimientos lejos de zonas pobladas; atención médica gratuita y alimentación de los aislados por parte del gobierno local y sostenimiento de aquellos afectados por el cierre de las actividades comerciales.⁴⁴ Con este fin se construyeron más lazaretos, se establecieron consejos de higiene en aquellas ciudades que aún no los tenían, y se desarrolló una red de cónsules ultramarinos que se desplegaron por todo el continente y que remitían informes sobre el estado de salubridad del lugar donde se encontraban.⁴⁵ Esto permitía a los consejos de higiene establecer cuarentenas en casos específicos frente a procedencias concretas.⁴⁶ La idea de que implementar medidas sanitarias fuertes podían incrementar el poder y el bienestar de la nación fue luego tomada por otros gobiernos, que de esta manera también prevenían los embargos de sus propias procedencias.

A pesar de la existencia de esta red “oficial” de información, las noticias sobre la aparición de distintas enfermedades a veces circulaban por canales alternativos, que también tenían consecuencias en la implementación de medidas sanitarias. En efecto, los rumores propagados por viajeros o comerciantes, muchas veces falsos, podían derivar en la imposición de cuarentenas aun sin ser verificados. En algunos casos estos rumores surgían no tanto por la

⁴² Harrison (2012):12.; Stevens Crawshaw (2012); Henderson (2019).

⁴³ Harrison (2012):12. Watts (1999):40.

⁴⁴ Watts (1999):41.

⁴⁵ Bonastra Tolos (2006): 136.

⁴⁶ Harrison (2012): 13.

aparición real de casos en determinado puerto sino como una estrategia para afectar comercialmente a un estado y beneficiar a otro. Por eso tan importante como adoptar medidas sanitarias era que estas fueran visibles y acordes frente a otros competidores, lo cual se mantuvo hasta el siglo XVIII.⁴⁷

Los rumores convivieron con otras formas de circulación de información más serias, aunque deficientes, como los intercambios epistolares, que fueron volviéndose más comunes en la medida que la red de instituciones sanitarias y lazaretos se fue ampliando. Este sistema embrionario de intercambios acusaba varias fallas, principalmente que no todos los puertos involucrados en el circuito comercial estaban incluidos y además la reticencia de algunas de estas locaciones en declararse a sí mismas en estado epidémico. Este sistema claramente dependía del grado de avance en materia sanitaria de cada estado, por tal motivo este fenómeno fue más visible en el circuito comercial del mediterráneo en el que, durante el siglo XVII, se ampliaron o configuraron nuevos consejos de higiene o de salud, además de construir lazaretos de importantes dimensiones, adicionales a los existentes, como los que se edificaron en los puertos de Livorno, Dubrovnik, Palermo y Nápoles.⁴⁸

Comparativamente los países del norte de Europa no contaban con instituciones asimilables, lo cual se mantuvo hasta el siglo XVIII con la ausencia de lazaretos “fijos” y legislación que estipulara la duración de las cuarentenas o bajo qué circunstancias se debían poner en práctica.⁴⁹ Muchas ciudades optaron, en primer lugar, por adaptar una edificación alejada existente, como un convento o una vivienda extramuros, o erigir establecimientos perecederos como cabañas o barracas de madera. Podemos citar como ejemplo el ya mencionado lazareto Vecchio de Venecia, el cual justamente adoptaba la estructura existente de un convento ubicado al oeste de la isla, luego ampliando sus servicios para permitir mejores condiciones de aislamiento entre bienes y personas a través de amplios patios (señalados con la letra “B” en la **Figura 1.1**) que permitían la ventilación.

⁴⁷ Harrison, (2012): 14. Sobre la circulación de rumores ver Bonastra Tolos (2006):130. *Capítulo 4 La información sanitaria- 4.1 Fuentes no formales de información: los rumores.*

⁴⁸ Harrison, (2012):14.

⁴⁹ Harrison, (2012):15. Puede nombrarse como excepción el caso de Amsterdam que construyó un lazareto fijo en 1655.

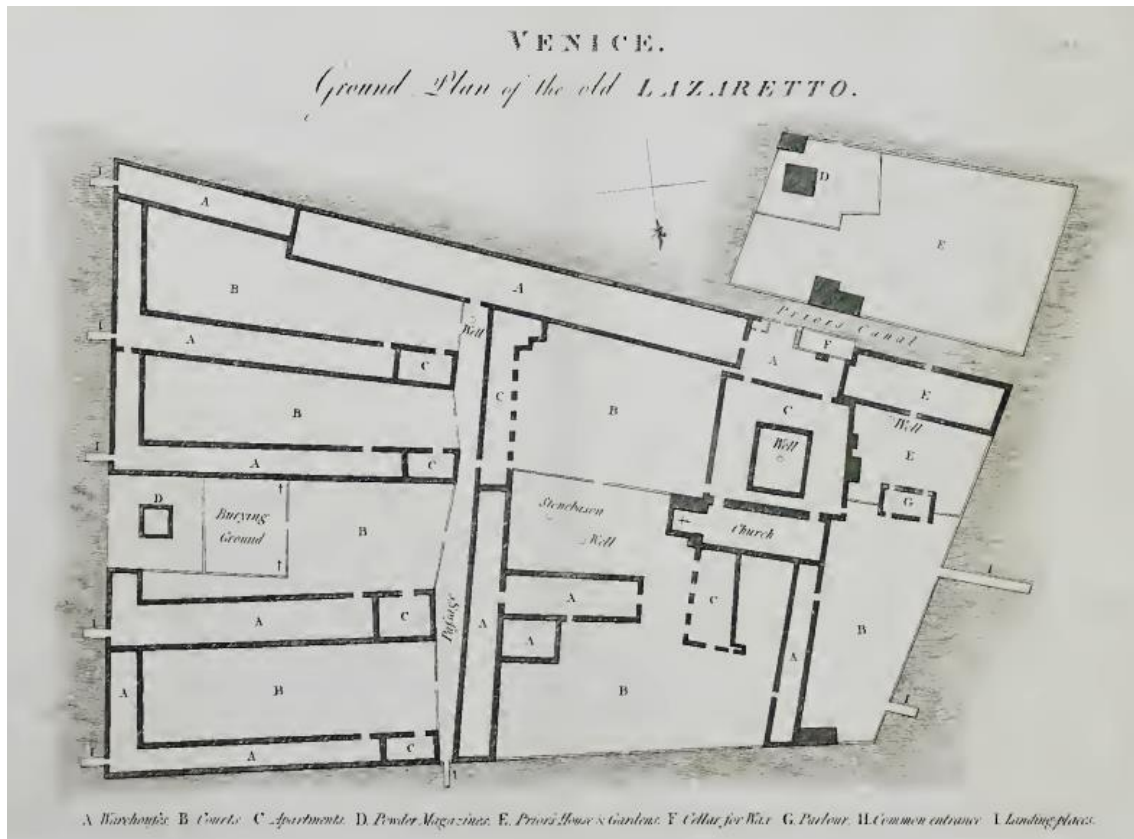


Figura 1.1: Lazareto Vecchio. A la derecha se observa la estructura del antiguo convento incluyendo la iglesia. Gran parte de la superficie del conjunto estaba ocupada por los patios (“B”) para garantizar la adecuada ventilación de los espacios. Fuente: Howard, J. (1789): Plate 12.

El avance de las enfermedades en el circuito comercial del mundo mediterráneo derivó en que sus principales ciudades costeras fueran las primeras en realizar inversiones considerables para la erección de lazaretos fijos, aunque esto podía llegar a realizarse por etapas y como resultado de una insuficiencia espacial, como fue el caso del tercer lazareto de Marsella (**Figura 1.2**).

Luego de haber construido dos instalaciones sin un planteo de separación interno claro, entre 1663 y 1683 se dispuso la erección de este edificio en la parte norte de la ciudad en Saint Martin d’Arenc, cercana a la entrada del puerto. En una primera fase se erigió un lazareto con dos departamentos separados: el *Petit Enclos*, para las patentes sucias, y el *Grand Enclos*, para limpias. En 1729 se añadió un tercer departamento, el *Nouvel Enclos*, para patentes sospechosas.⁵⁰ En la figura 1.2 pueden verse los tres departamentos claramente separados y cada uno de ellos con un desembarcadero particular. En contraste, ciudades como Cádiz,

⁵⁰ Bonastra Tolos (2006): 249.

Alicante y Cartagena, entre otras, siguieron contando con lazaretos provisionarios hasta bien entrado el siglo XVIII.⁵¹

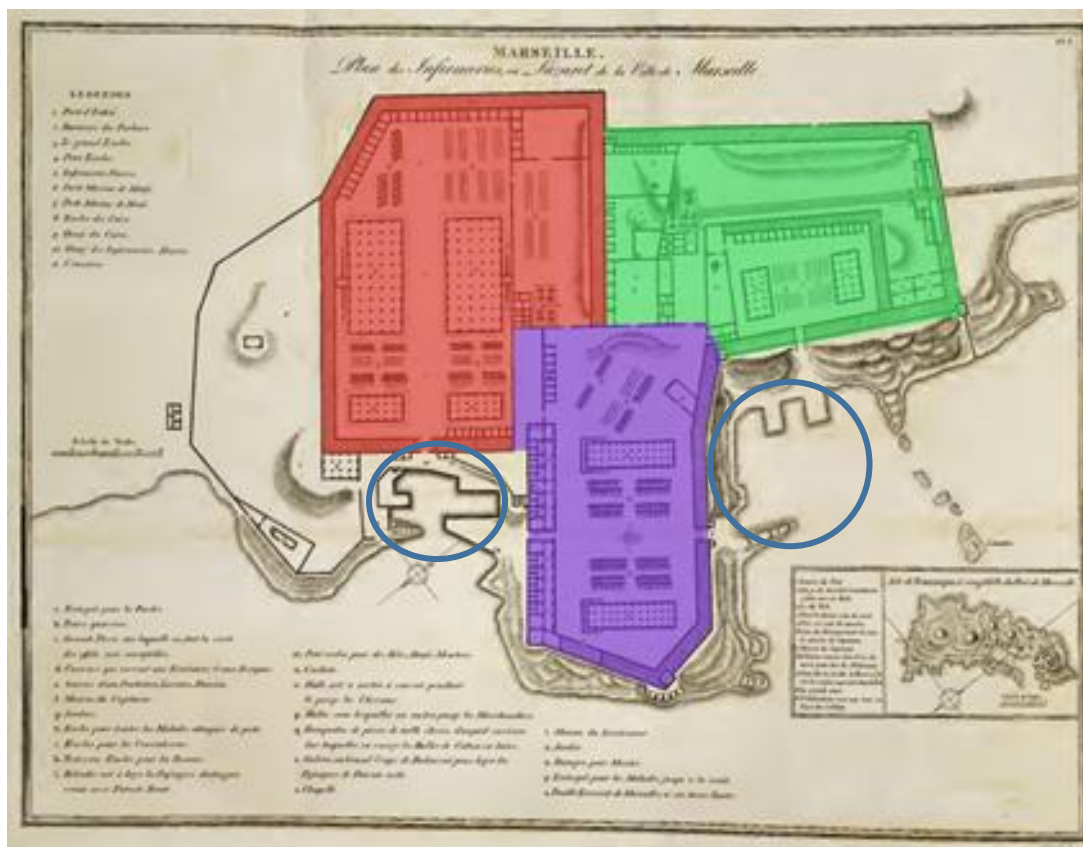


Figura 1.2: Lazareto de Marsella. Se señalan las tres etapas de construcción de lazareto. Los círculos señalan los distintos embarcaderos. Fuente: Howard, J. (1789): Plate 1.

Como vemos el nivel de organización de las ciudades del sur de Europa también presentaba contradicciones y grados diferentes de desarrollo. A nivel general, existieron disparidades y arbitrariedades en la aplicación y duración de medidas cuarentenarias, como también contradicciones entre las ciudades puerto e interiores de una misma nación, lo cual refleja la mayor dificultad que tuvieron que enfrentar aquellos gobiernos que debieron desarrollar políticas sanitarias en grandes extensiones territoriales.

Como un emergente de esto, distintos factores pudieron alterar la duración o rigidez de las cuarentenas. El poder de presión de algunos importantes comerciantes, en algunos casos, logró reducir o anular las medidas de aislamiento impuestas, como también permitir en libre plática la circulación de ciertos productos específicos. Algunas ciudades también optaron por

⁵¹ Bonastra Tolos (2006): 231.

relajar sus cuarentenas, presentándose a sí mismas como un destino más propicio frente a sus rivales vecinos.

Para evitar este tipo de estrategias existieron misiones diplomáticas, en especial en los estados italianos, pero su influencia real fue limitada y en algunos casos los acuerdos logrados se disolvían ante un brote epidémico.⁵² Inclusive las cuarentenas podían ser impuestas sin tener sospechas de presencia de una enfermedad en una determinada ciudad, sino como respuesta política a medidas restrictivas que esa ciudad había determinado frente a determinadas procedencias. Por ejemplo, a mediados del siglo XVII, en el contexto de la difusión de rumores sobre la presencia de la peste en el puerto de Ámsterdam, ingleses y holandeses se imponían cuarentenas mutuamente en represalia por la aplicación de medidas restrictivas que se extendían aun cuando no había registro de casos de la enfermedad en sus puertos o ciudades. Los holandeses sospechaban que estos rumores tenían como fin detener el crecimiento económico sostenido que había tenido su principal puerto a partir de su intercambio con la India. Por lo tanto, interpretaron como exageradas y malintencionadas las medidas que imponían cuarentenas de 30 días llevadas adelante por los ingleses, pero también por los dinamarqueses y suecos. Una actitud similar tomó Inglaterra cuando se le aplicaron medidas restrictivas en el puerto de Lisboa, por lo cual se consideró aplicar medidas análogas a las procedencias portuguesas en represalia.⁵³

Estos acontecimientos demuestran que las medidas restrictivas, que incluían a la práctica de la cuarentena y la imposición de cordones sanitarios, a estas alturas ya excedían la dimensión médica, y se habían vuelto también una cuestión política y diplomática lo cual se extendió también al siglo XVIII.

1.2. Los lazaretos en la “Era de la razón”

Las respuestas de los gobiernos a las sucesivas epidemias continuaron siendo las cuarentenas y las medidas de aislamiento, pero el “comportamiento” de las enfermedades sembraba ciertas dudas. Para este momento, la aparición de la peste solo en ciertos momentos del año y con una menor frecuencia permitía pensar en explicaciones alternativas a la hipótesis del contagio; las cuales incluían cambios estacionales, climáticos o atmosféricos. Si estas teorías se demostraban correctas entonces las cuarentenas en algunas regiones podían volverse innecesarias ya que sus condiciones geográficas no eran propicias para el desarrollo de la

⁵² Harrison (2012):16.

⁵³ Harrison (2012):27.

enfermedad. Médicos de distintas nacionalidades comenzaron a afirmar que las altas temperaturas eran necesarias para que un brote se sucediera. Esto podía explicar porque en la zona del Levante se producían episodios con mucha más frecuencia que en el resto de Europa.⁵⁴

Otros médicos interpretaban estas afirmaciones negativamente como una forma de ceder a las presiones y los intereses de los mercaderes, que continuaban intentando disminuir sustancialmente a las medidas restrictivas. Si bien en algún caso esto podría ser así, esta revisión de las teorías del contagio se inscribió dentro de cambios más profundos, tanto culturales, sociales y políticos, propios de la Ilustración.

En este contexto de profundas transformaciones que incluyó la reforma de las instituciones sociales, la cuarentena podía ser asociada a una práctica bárbara, propia de un desconocimiento real de las causas de las enfermedades. Para el espíritu de la época sería lógico que estas afecciones respondieran a leyes naturales, comprensibles y en algún punto predecibles; a las que se podía dar respuesta desde la lógica y la razón.

Baldwin y Harrison señalan que en este período las teorías del contagio se imbricaron fuertemente con la ideología política.⁵⁵ Así, aquellos que se oponían a las cuarentenas y se definían como “anticontagonistas” se encontrarían más cercanos a las nuevas ideas liberales de la democracia y el libre mercado. Por otro lado, los que optaban por mantener las cuarentenas se asumían como “contagionistas” y por lo tanto sostenían el status quo, por lo que se los podría vincular más a un pensamiento conservador.

Lo cierto es que estas posiciones se mostrarían bastante permeables y la figura de Howard puede ayudarnos a comprender esta ambigüedad. Si bien su trayectoria está claramente asociada a la reforma por su interés en promover cambios en los espacios carcelarios, al estudiar los lazaretos Howard no proponía la anulación de las cuarentenas. Por el contrario, se manifestaba convencido de la importancia de contar con lazaretos “adecuadamente constituidos” (*properly-constituted*), lo cual demandaba que la práctica del aislamiento en sí se modernizara y adecuara a los principios del pensamiento ilustrado, no que desaparecieran.

Lejos de calificar como vetusto al sistema, Howard presentó un proyecto de lazareto “tipo” que podría ser construido para Gran Bretaña, que al momento no contaba con instalaciones de cuarentena permanentes (**Figura 1.3**).

⁵⁴ Harrison (2012):45.

⁵⁵ Harrison (2012):50; Baldwin ([1999]2004).

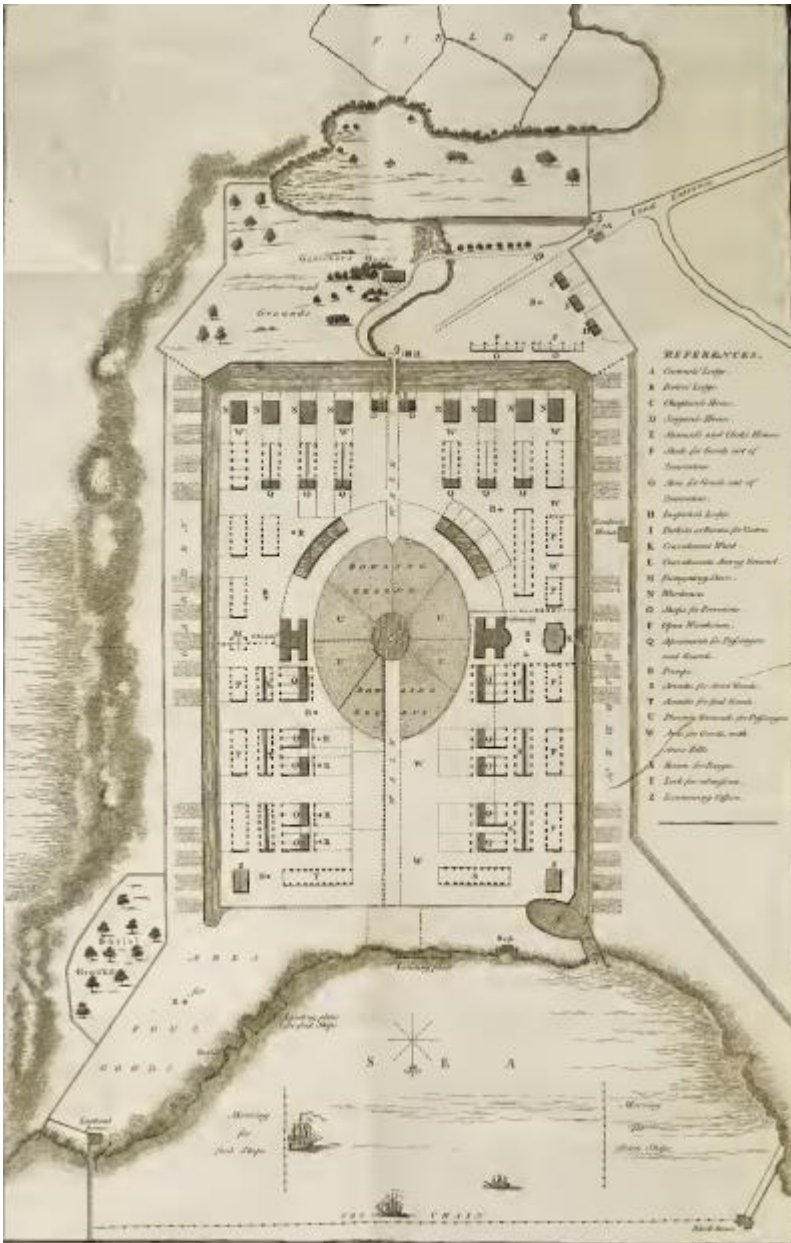


Figura 1.3: Howard. J. Proyecto de Lazareto. Fuente: Howard, J. (1789): Plate 14.

En términos de Aliata, el proyecto de lazareto de Howard puede entenderse como una “máquina higiénica”,⁵⁶ es decir un dispositivo arquitectónico que desde su claridad funcional en planta transmitía simbólicamente su capacidad para dar solución a la problemática para la cual se lo ha proyectado. Vidler sostiene que la belleza de este tipo de edificios ya no se veía representada en sus proporciones y geometrías tridimensionales, sino en un orden geométrico que siguiera los dictados de las necesidades sociales o ambientales.⁵⁷ Así el proyecto ya no debía expresarse desde el ornato y la monumentalidad como una forma bella, sino ofrecer una respuesta que exhibiera criterios de economía, utilidad y exactitud programática. De esa

⁵⁶ Aliata (2006).

⁵⁷ Vidler ([1987] 1997):16.

manera, se construía una respuesta tipológicamente reproducible, que puede ser luego implementada en diferentes ubicaciones.

¿En qué se fundaba, en el caso del proyecto de Howard, dicha exactitud programática? En el estudio de los lazaretos existentes en Francia, Italia, Constantinopla y Smyrna, y en una serie de entrevistas a los médicos que trabajaban allí, como también a comerciantes y tripulantes de barcos.

La primera intención de Howard a partir de sus observaciones era que los lazaretos no fueran similares a prisiones, lo cual según algunos capitanes que entrevistó en el Levante, "(...) comprimía los espíritus de los pasajeros ante la perspectiva de ser reclusos en ellos".⁵⁸ Para evitar estos efectos los lazaretos "(...) debían tener un aspecto lo más alegre posible (*cheerful aspect*). Especialmente un jardín espacioso y agradable, sería conveniente como también saludable."⁵⁹

La propuesta arquitectónica se complementaba con un posible reglamento para las embarcaciones llegadas a puerto que tomaba algunas medidas existentes en los establecimientos visitados. Se recomendaba que todos los barcos sujetos a cuarentena desplegaran una bandera roja que alertara a las demás embarcaciones bajo riesgo de quedar también en cuarentena si establecían comunicaciones con él. Se proponía que el tiempo de viaje hasta el puerto de destino fuera considerado en el tiempo total de cuarentena a diferencia de lo que sucedía en otros puertos, donde esto comenzaba a partir de la llegada al lazareto. Se sugería implementar la fumigación al final del periodo de cuarentena, tal cual se hacía en Marsella, ya que los pasajeros podían transmitir la enfermedad mediante sus ropas a pesar de no desarrollar síntomas. Se debía prestar especial atención a la comunicación entre personas dentro de las instalaciones, en especial entre aquellos recién llegados y los que estaban por concluir el aislamiento, por el riesgo de contagio que podía surgir del contacto o mediante la respiración de efluvios pútridos (*putrid effluvia*) de objetos infectados. Para Howard, esos efluvios podían ser transportados de un lugar a otro mediante diferentes sustancias como la lana o el algodón "de la misma manera que el olor a tabaco es transportado de un lugar a otro",⁶⁰ y dependía luego de distintos factores que una persona desarrollara la enfermedad o no. Si bien los médicos no habían podido dar certezas sobre este aspecto, para Howard resultaba evidente que debía tener que ver con la constitución general de las personas lo que las volvía más o menos vulnerables. En su visión, los ricos se contagiaban menos que los pobres porque contaban con

⁵⁸ Howard (1789):23.

⁵⁹ Howard (1789):23.

⁶⁰ Howard (1789):24.

viviendas más grandes y aireadas, pero también porque sus condiciones de higiene y alimentación eran mejores. Pero también, suponía Howard, esto podía verse en una mayor vulnerabilidad de los católicos durante el ayuno frente a los protestantes; y en relación con la alimentación, de la generalidad de los europeos frente a los griegos y los judíos, que eran más propensos al contagio de la peste debido a la cantidad de aceite que usaban en sus preparaciones.⁶¹

Resulta interesante indagar como el autor arribó a estas hipótesis, las cuales combinaban distintas formas de acercamiento empírico. Por un lado, derivaban de su experiencia en el estudio previo de las cárceles y de las enfermedades que los reclusos contraían allí. Por otro lado, durante su viaje Howard entrevistó a diferentes autoridades sanitarias de los lazaretos visitados: el medico Raymond y el cirujano Demollin de Marsella, el medico Giovanelli de Leghorn, They de Malta, Morandi de Venecia, Verdoni de Trieste y el prior Luigi di Pavia de Smyrna.

Para nuestro estudio, esto ofrece una mirada general a las teorías médicas puestas en práctica en distintas partes de Europa, de las cuales derivaban las lógicas de aislamiento y tratamiento en los principales espacios de cuarentena. Las entrevistas se basaban en un cuestionario único que constaba de 11 preguntas, el cual fue preparado por dos médicos amigos del autor, el Dr. Aikin y el Dr. Jebb. Dichas preguntas constituyen indagaciones clave que permanecerían vigentes en relación con varias enfermedades contagiosas en nuestro periodo de estudio: 1- ¿la plaga es frecuentemente comunicada mediante el contacto?; 2- ¿puede la plaga producirse en forma espontánea?; 3- ¿a qué distancia llega la infección del aire alrededor de un paciente? ¿En qué medida el contacto, usar ropas infectadas o tocar objetos transmiten la enfermedad?; 4- ¿En qué temporadas aparece la peste y cuál es el periodo de tiempo entre la infección y el desarrollo de la enfermedad?; 5- ¿Cuáles son los primeros síntomas de la peste?; 6- ¿Es verdad que existen dos fiebres diferentes con prácticamente los mismos síntomas, siendo una la peste propiamente dicha que es comunicada mediante el aire y sin contacto físico, mientras que la otra solo se comunica mediante el contacto o como mínimo por aproximación a personas u objetos infectados?; 7- ¿Cuál es el método de tratamiento en la primera fase de la enfermedad y cual en las últimas?; 8- ¿Cuándo la plaga prevalece los médicos prescriben una dieta más generosa o más abstemia?; ¿se prescribe algo a los infectados?; 9- ¿Los convalecientes pueden ser sujetos de ataques repetidos de la misma infección?; 10- ¿Cuál es la proporción de

⁶¹ Howard (1789):25; Ransom (1937):140.

muerres y la duración usual de la enfermedad?; 11- ¿Cuáles son los medios para prevenir la plaga, detener su contagio y para purificar los lugares infectados?⁶²

En próximos capítulos veremos que en el contexto sudamericano estas preguntas permanecerán prácticamente inalteradas, pero principalmente para el caso de la fiebre amarilla y el cólera. En esencia las interrogantes serán las mismas: formas de propagación de la enfermedad; capacidad o no de producirse en forma espontánea; sintomatología; existencia o no de otra enfermedad similar no contagiosa o menos mortífera; formas de tratamiento efectivas; plazo de tiempo entre la infección, la aparición de los primeros síntomas, y el desarrollo total de la enfermedad; medios de prevención y formas de purificación de los lugares afectados.

En el caso de la peste, las respuestas ofrecidas a Howard dan cuenta de un consenso bastante logrado. La mayoría de los consultados afirmaban que la enfermedad podía contagiarse mediante el contacto de persona a persona, siendo el grado de virulencia un factor que determinaba la distancia entre individuos que permitía la propagación. Las temporadas cuando la peste aparecía con más frecuencia eran el verano y la primavera (recordemos su asociación con el calor), y entre la infección y la aparición de síntomas podía haber un periodo de dos o tres días. El punto más complejo y de menor consenso era justamente sobre los síntomas que permitían diagnosticar si una persona sufría o no de peste. Algunos sugerían que los primeros síntomas era la inflamación de las glándulas de la ingle y las axilas, mientras que otros afirmaban que eran fiebre, dolor de cabeza o surcos en la lengua. La misma discrepancia surgía al querer determinar si solo existía la peste o si se trataba de otras enfermedades con sintomatología similar. Los tratamientos también variaban significativamente según región o credo, sin que hubiera consenso entre ellos o certezas sobre la forma de prevención más allá de intentar lograr una buena condición física y mental. Por otro lado, las estrategias para la limpieza de lugares infectados eran bastante similares y consistían en el lavado, blanqueado de superficies y la fumigación, aunque sin una seguridad plena sobre sus efectos.

Howard comprendía que la importancia de un lazareto para Inglaterra excedía la dimensión médica y que también podía ofrecer ventajas al comercio, por lo que consultó sobre esto a los cónsules ingleses localizados en Zante y Smyrna, como también a algunos mercaderes considerados respetables. En ese momento, por disposición parlamentaria, si una embarcación salía de los puertos del Levante con destino a Inglaterra y portaba patente sanitaria sucia, debía realizar cuarentena en Malta, Leghorn o Venecia; donde debían someterse a las normas

⁶² Howard (1789):32.

establecidas en dichas instituciones. Es importante señalar que un único caso de peste en la ciudad o sus alrededores obligaba al cónsul a emitir una patente sucia, lo cual volvía estos episodios relativamente frecuentes. Para los comerciantes estos anuncios en muchos casos eran falsos, y en realidad estaban motivados por la intención de que las embarcaciones inglesas debieran realizar largas cuarentenas en el mediterráneo. Mercaderes extranjeros, como los holandeses, franceses o italianos, aprovechaban esta oportunidad para vender sus productos manufacturados en el mercado inglés, desprovisto de las materias primas que se encontraban aisladas en los lazaretos. Un comerciante aseguraba que más de la mitad del algodón turco consumido en Inglaterra era provisto por los holandeses, que contaban con sus propias instalaciones de aislamiento en Helvoetfluys, donde los barcos realizaban una cuarentena menos estricta en la que no toda la totalidad de la carga era ventilada adecuadamente, lo cual también significaba un riesgo sanitario para las ciudades inglesas.⁶³

La construcción de un lazareto propio podría significar la importación directa en beneficio del mercado local, un incremento de los intercambios con el Levante mediante la prohibición de la importación de bienes turcos por vía indirecta, como también la seguridad de que el procedimiento sanitario para evitar la propagación de la peste era desarrollado en forma apropiada y segura. Como vemos, en los argumentos para la construcción de un lazareto podían entrelazarse fuertemente medidas sanitarias con estrategias proteccionistas y de fomento de la actividad comercial, a tal punto que se justificaban una a la otra.

Adentrarse en el proyecto de lazareto de Howard resulta complejo ya que el autor no redactó una memoria descriptiva vinculada a la documentación (**Figura 1.4**).

Podemos observar que se trataba de un planteo prácticamente simétrico en el que se propone un puerto de llegada dividido en dos, una parte destinada a barcos “limpios” y otra a “sucios”, vinculada a esta última se encontraba un área para objetos sucios y un cementerio. El perímetro estaba consolidado por un canal artificial, que reemplazaba a la típica muralla de los proyectos de aislamiento. “Intramuros” el conjunto se dividía en cuatro, siendo el sector de abajo a la izquierda el que estaba destinado para aquellos pasajeros contagiados o posiblemente contagiados, y por lo tanto dividido del resto por un cerco. Los otros sectores se destinaban a aquellos pasajeros presuntamente libres de enfermedad.

⁶³ Howard (1789):27.

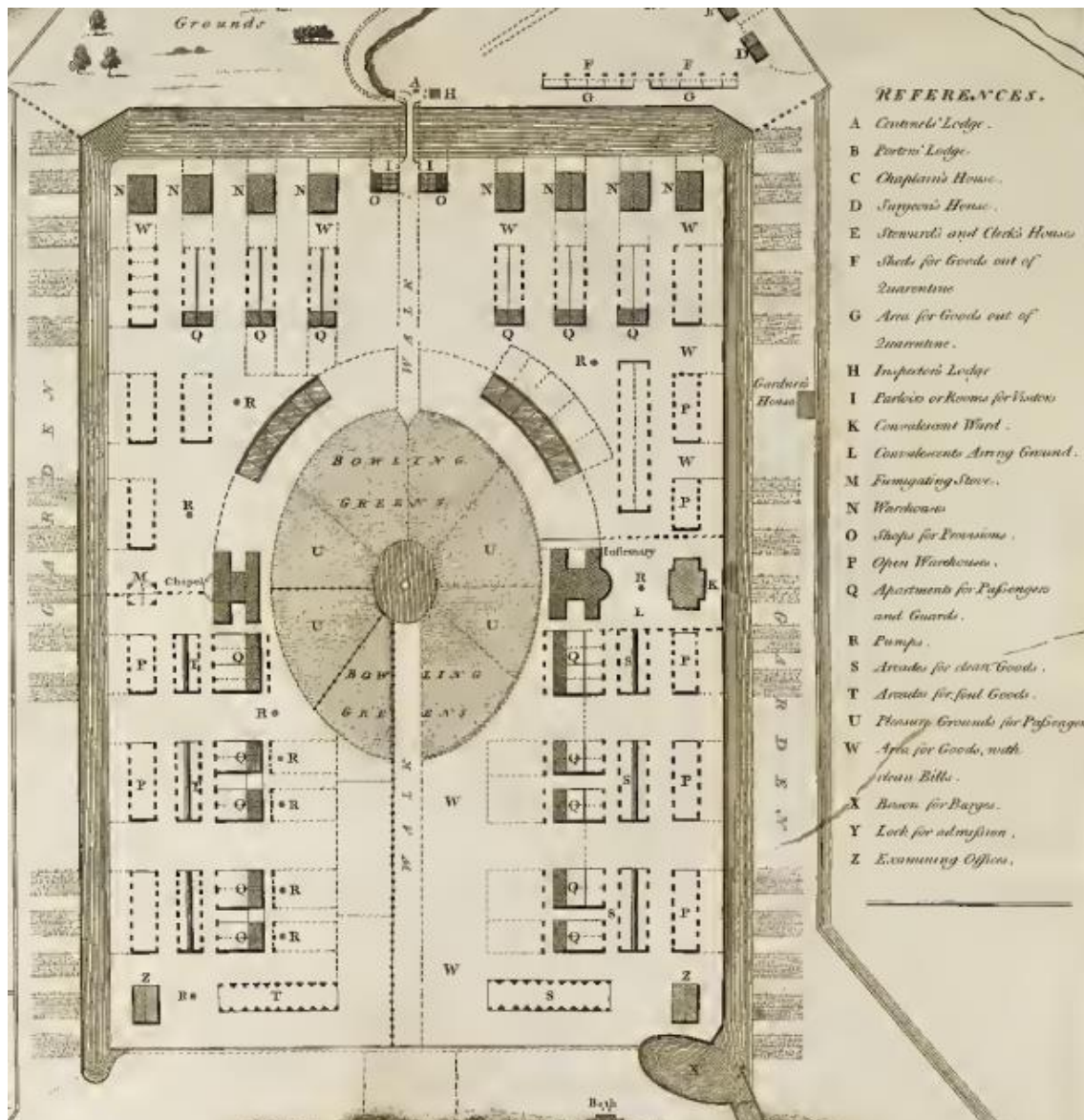


Figura 1.4: Howard, J. Proyecto de Lazareto, detalle del sector principal. Fuente: Howard (1789): Plate 14.

En el proyecto, Howard claramente buscaba alejarse de aquellos lazaretos similares a una fortaleza o prisión como mencionamos previamente. Por el contrario, planteó múltiples edificios geoméricamente dispuestos entre sí y separados suficientemente para garantizar las condiciones de ventilación, entre los que se encuentran los apartamentos para los pasajeros, comercios para aprovisionarse, una capilla, habitaciones para visitantes y una estufa de fumigación, sobre la que hablaremos más adelante. En el centro y ocupando el mayor espacio se encontraba un gran "jardín de placer" (*pleasure ground*) que permitía a los cuarentenarios distenderse al aire libre por lo que durara su aislamiento. Por fuera del área del lazareto se proyectaron las viviendas del personal permanente del establecimiento, incluyendo al director, capellán, cirujano, entre otros.

1.3. Experimentación y dispositivos de purificación

Referido al proyecto de Howard, el problema de la fumigación merece un párrafo aparte. Si bien el autor no ofrece demasiados detalles sobre cómo se llevaría adelante en su proyecto, la práctica en sí cobrará una creciente importancia en el período estudiado en esta tesis, al punto que dejó de circunscribirse al espacio de aislamiento para extenderse a prácticamente la totalidad del medio urbano. Engelmann y Lynteris sostienen que, al final del siglo XVIII, la antigua práctica de eliminar hedores pestilenciales y de purificar el aire, frecuentemente quemando alguna sustancia como el azufre, convergió con el paradigma emergente sobre los ambientes libres de gérmenes, para poder crear una nueva barrera que evitara la transmisión de enfermedades en los intercambios a través del mar. Progresivamente una tradición de teorías miasmáticas y humorales se encontró con una nueva forma científica de aproximarse a las infecciones mediante la identificación de los agentes que las causaban y que, mediante la experimentación, se podía definir el efecto de determinadas sustancias sobre dichos agentes.⁶⁴

Para el momento en que Howard había comenzado su viaje por los principales lazaretos de Europa, Pierre Laloutte ya había desarrollado una máquina que permitía la fumigación del cuerpo utilizando vapores de mercurio para el tratamiento de la sífilis (**Figura 1.5**).

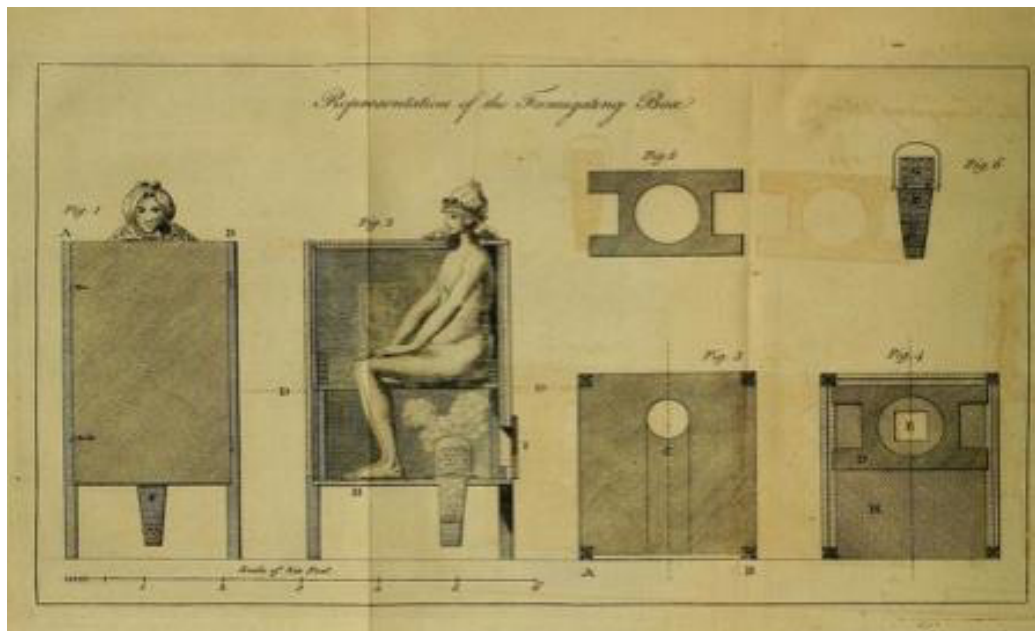


Figura 1.5: Laloutte, P.- Maquina de fumigación. Fuente: Laloutte ([1776]1777).

⁶⁴ Engelmann; Lynteris (2020):23.

Para Engelmann y Lynteris el invento de Laloutte constituyó una ruptura en la manera en que se llevaba adelante la fumigación, en tanto fue el primero en emplear métodos experimentales, ingeniería y diseño, para la producción y operación de una máquina que utilizaba vapores para curar una enfermedad.⁶⁵ Esto reemplazaba métodos previos, como la utilización de ungüentos que según estudios contemporáneos resultaban efectivos, pero que al mismo tiempo provocaban mucho dolor y efectos secundarios posteriores al tratamiento. A la vez, también permitía que el vapor inyectado dentro de la máquina permaneciera en el interior evitando los ataques de tos que los pacientes sufrían cuando se liberaba la sustancia libremente en el ambiente en forma gaseosa. Dicho método se había utilizado con frecuencia para la purificación de ambientes que necesitaban ser desinfectados, utilizando o combinando muy diversas sustancias como azufre, antimonio, cinabrio, comino, pimienta y arsénico, entre otros.

A fines del siglo XVIII, nuevamente mediante el método experimental, dos sustancias se propusieron como capaces de neutralizar los efectos del aire corrupto: el ácido muriático y el ácido nitroso. Potencialmente si estas sustancias efectivamente podían neutralizar a los agentes que causaban las enfermedades entonces podrían emplearse para la desinfección de embarcaciones, su tripulación y sus cargas; entre otros usos. Sin embargo, no era claro que efectos podrían tener esos gases en los individuos, para lo cual se realizaron diversos experimentos.

En el caso del ácido nitroso, James Carmichael Smyth condujo ensayos exponiendo primero a ratones a los efectos del gas, comprobando que no tenía consecuencias negativas. Luego se expuso a sí mismo y a un colaborador en una habitación pequeña, nuevamente con resultados positivos. Finalmente fue utilizado para enfrentar un brote epidémico en la prisión de Winchester en 1780, liberando el gas durante varios días en la habitación donde se encontraban los pacientes afectados sin que sufrieran efectos secundarios y logrando la desaparición de la enfermedad en un plazo acotado de tiempo.⁶⁶

A partir de estas experiencias exitosas el mismo procedimiento fue solicitado en noviembre de 1791 para el hospital flotante *The Union*, ubicado en el puerto de Sheerness, que registraba casos de fiebre. La fumigación mediante el gas fue realizada regularmente con todos los pacientes a bordo hasta inicios de febrero de 1792 cuando se declaró al foco de contagio como extinto y registrando solo a dos personas enfermas. Con este resultado prometedor el

⁶⁵ Engelmann; Lynteris (2020):25.

⁶⁶ Engelmann; Lynteris (2020):38.

mismo método fue aplicado con éxito en otros barcos y hospitales, llamando la atención inclusive fuera de Inglaterra.

Las experiencias con ácido muriático, por su parte, fueron llevadas adelante en Francia en 1773 por Bernard Guyton de Morveau y puestas en práctica para la desinfección de la catedral y la cárcel de la ciudad de Dijon con resultados positivos. A diferencia de Smyth, Guyton condujo numerosos ensayos comparando la eficacia de diferentes gases, cuyos resultados fueron publicados en 1801 con gran aceptación por parte de la comunidad médica francesa. Posteriormente Guyton, junto con los hermanos Louis Joseph y Pierre Francois Dumotiez, desarrollaron una máquina fumigadora que contenía un compuesto de ácido muriático altamente oxigenado dentro de un recipiente de vidrio (*oxy-muriatic acid*).

La máquina permitía regular la presión interna mediante un mecanismo relativamente sencillo, logrando una emisión controlada del gas con el objetivo de desinfectar habitaciones de grandes dimensiones (**Figura 1.6**). En el caso de un hospital, por ejemplo, el procedimiento debía realizarse una o dos veces por día por un periodo de tiempo entre dos y seis minutos según el tamaño del recinto.

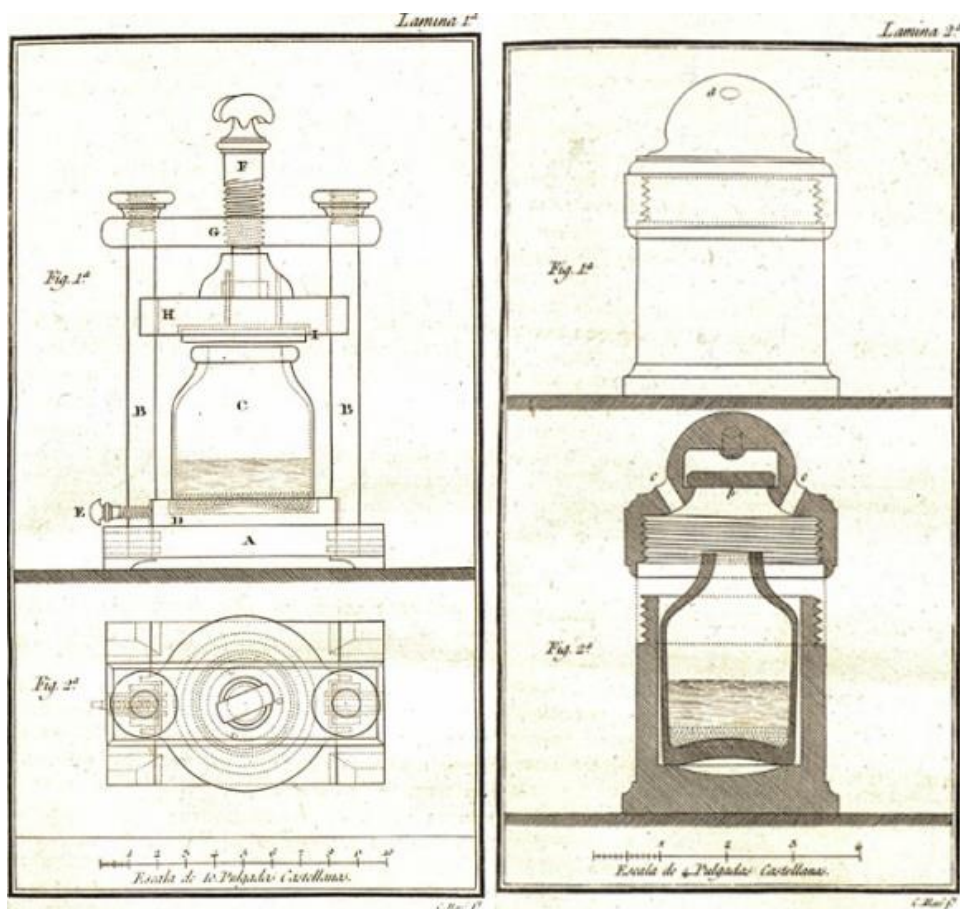


Figura 1.6: Guyton y Dumotiez. - Máquina de fumigación. Fuente: Serrano (2018).

Asimismo, desarrollaron otras máquinas de menor dimensión para ser transportadas con facilidad y podían ser utilizadas a la hora de visitar a un paciente enfermo o acudir a un funeral. Como señala Serrano, la invención de Guyton junto con los hermanos Dumotiez no presentaba una técnica novedosa para la purificación del ambiente. Hemos visto que la fumigación era una práctica llevada adelante desde tiempos antiguos. La innovación consistió en el desarrollo de un dispositivo listo para usar (*ready-to-use*), cuyo correcto funcionamiento fue verificado experimentalmente y que utilizaba un componente químico específico de eficacia comprobada científicamente.

Como veremos en capítulos posteriores para el caso de Buenos Aires, la historia del aislamiento y las cuarentenas se interconecta en este punto con la historia del desarrollo y la circulación de dispositivos diseñados para la desinfección en distintas escalas, desde la doméstica hasta la urbana. Antes que reemplazar a las cuarentenas, estos artefactos entraron en diálogo y tensión con ellas. Pero al mismo tiempo progresivamente se definieron como un símbolo de la acción del Estado para sanear el medio urbano.

Este proceso no fue lineal, numerosos estudios sobre la cultura material han abordado el problema de la transferencia de tecnologías de un sitio a otro, y han demostrado que el sistema de relaciones entre objetos y sus contextos de producción y uso adquieren significados muy diversos, modificando su capacidad de agencia histórica.⁶⁷

En ese sentido, el estudio de Serrano ha demostrado como la transformación y adaptación en España de la tecnología desarrollada por Guyton adquirió un rol sumamente importante, a partir del impulso que le otorgó el gobierno español como promotor de la desinfección mediante el ácido muriático oxigenado, al cual utilizó en 1805 para la desinfección de la ciudad de Cartagena, atacada por una enfermedad diferente a la peste, la fiebre amarilla. Esto incluyó el diseño de máquinas de fumigación especiales por parte del médico Miguel Cabanellas, tanto para la desinfección de ropas como de personas en el lazareto de San José Extramuros, de dicha ciudad.⁶⁸ El éxito de este sistema puede entenderse pensando en las lógicas de transmisión de la enfermedad. El virus de la fiebre amarilla utiliza como vectores a mosquitos de los géneros *Aedes* y *Haemogogus* que lo transmiten de persona a persona. El uso de la fumigación podría haber reducido considerablemente la población de mosquitos y su reproducción.

⁶⁷ Ver Thomas, H.; Buch, A. (2008); Serrano, E. (2018); Engelmann, L.; Lynteris, C. (2020). La problemática de la capacidad de agencia de los objetos y su abordaje como "actor" fue desarrollada en forma reciente en De Laet, M.; Mol, A. (2012).

⁶⁸ Serrano, E. (2018):123.

El caso de Cabanellas resulta interesante para demostrar como estos dispositivos no reemplazarían completamente a las medidas de aislamiento vigentes. Por el contrario, el médico proyectó un lazareto ideal donde ambas lógicas se combinaban. **(Figura 1.7)**

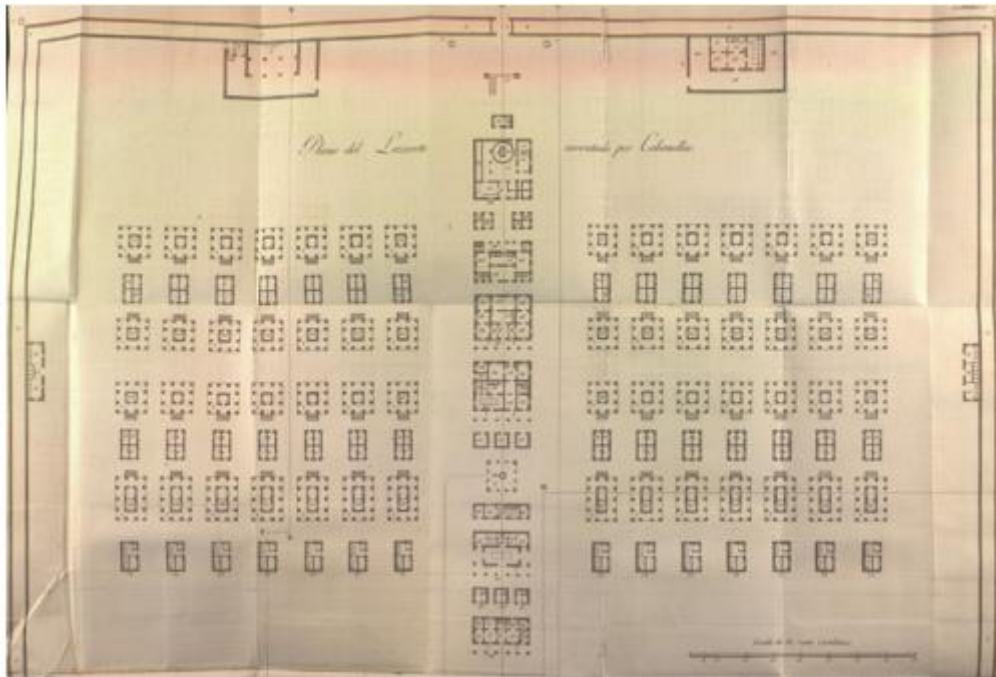


Figura 1.7: Cabanellas – Proyecto de lazareto ideal. Fuente: Serrano (2018):125.

Serrano señala que este lazareto puede entenderse como una *chemically-based plant* para el reciclado de personas y objetos con el fin de “devolverlos a la normalidad”.⁶⁹ De manera similar al lazareto de Howard, este proyecto también se separaba de la ciudad mediante zanjas a la cual se sumaba una muralla perimetral. Internamente se ubicaban unidades de desinfección para objetos, animales y personas, como también celdas individuales para que los enfermos se recuperaran **(Figura 1.8)**.

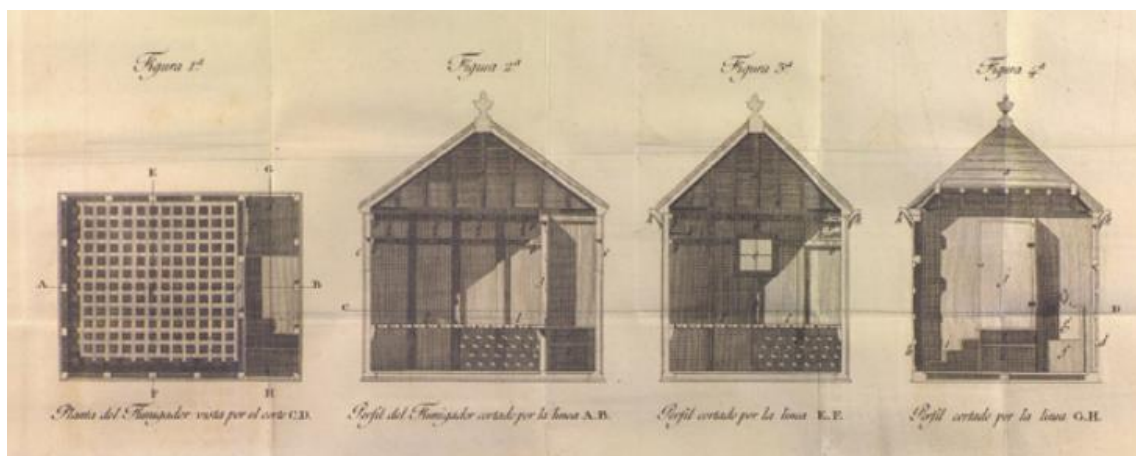


Figura 1.8: Cabanellas – Demostración del fumigador para personas. Fuente: Serrano (2018):125.

⁶⁹ Serrano (2018):123.

Como señalan Engelmann y Lynteris, en este cambio de siglo la modernización de la tecnología de la desinfección no vino a reemplazar al paradigma del control de las epidemias corporizado en las cuarentenas, sino a perfeccionar a estas últimas.⁷⁰

En ese sentido, Baldwin afirma que el siglo XIX fue crucial para el desarrollo de estrategias de salud pública en la que las naciones europeas tuvieron un punto de partida similar.⁷¹ Todas comenzaron apoyando a las cuarentenas como medida profiláctica, pero luego variaron significativamente sus políticas sanitarias a partir de las sucesivas pandemias de una nueva enfermedad: el cólera.

Este mal tuvo diferentes ciclos pandémicos, siendo el primero el que se originó en la India y se extendió desde 1816 hasta 1826.⁷² Prácticamente en el cierre de este primer ciclo, en 1825, el médico prusiano Friedrich Schnurrer publicó un manifiesto contra las teorías contagionistas y la aplicación de cuarentenas, a las cuales consideraba inútiles por haber sido incapaces de detener el avance del cólera. Parcialmente su presunción era correcta. La enfermedad es causada por la ingestión de alimentos o agua contaminados con el bacilo *Vibrio cholerae*, el cual permanece en las deyecciones de la persona afectada, pudiendo volver al medio ambiente con el consiguiente riesgo de infección de otros sujetos.

El manifiesto de Schunner estaba acompañado por el primer mapa conocido que representaba la distribución espacial en el mundo de las principales enfermedades que al afectaban ser humano: la peste, la fiebre amarilla y el cólera, representadas con los colores rojo, amarillo y azul respectivamente (**Figura 1.9**).⁷³

El mapa se valía teóricamente de trabajos previos de Schnurrer, que en 1810 había publicado su primera monografía, *Documents for a General Natural History of Epidemics and Contagia* y luego en 1813 *Geographical Nosology or Doctrine of the Changes of Diseases in Different Parts of the World, in the Context of Physical Geography and the Natural History of Man*. La lectura de este documento cartográfico resultaba compleja, ya que no buscaba solo representar la ubicación de esas enfermedades en el presente, sino mostrar su prevalencia histórica en ciertas latitudes y sus áreas de distribución desde la antigüedad, junto con información topográfica, histórica y académica.

⁷⁰ Engelmann; Lynteris (2020):41.

⁷¹ Baldwin ([1999] 2004):36.

⁷² La duración de este primer ciclo del cólera de varía en distintas fuentes. Tomamos el recorte 1816 hasta 1826 propuesto por Engelmann y Lynteris. Otros autores como Fiquepron le asignan una duración un poco más corta, 1817-1823. Fiquepron (2020):51.

⁷³ Brömer (2000).



Figura 1.9: Schnurrer, F.: Charte über die Geographische Ausbreitung der Krankheiten von Frid. Schnurrer Med. Doc. vorgelegt der Versammlung Deutscher Aerzte und Naturforscher. Fuente: Boston Rare Maps.

A pesar de los problemas comunicacionales del plano en cuanto al criterio de representación, Schunner consideraba que la superposición de esta información con las locaciones donde se habían llevado adelante cuarentenas consistía en el primer paso para demostrar que este método era totalmente ineficaz, por lo que la teoría del contagio se volvía superflua (**Figura 1.10**).⁷⁴

⁷⁴ Engelmann; Lynteris (2020):41. Brömer (2000):183.



Figura 1.10: Schnurrer, F. – Fragmento de Charte über die Geographische Ausbreitung der Krankheiten von Frid. Schnurrer Med. Doc. vorgelegt der Versammlung Deutscher Aerzte und Naturforscher. Puede verse que en algunos casos se detalla la fecha en la cual sucedió un brote epidémico en algunas ciudades, como Bucarest, mientras que en otros solo se consigna cual enfermedad estuvo presente allí. Fuente: Boston Rare Maps.

La apuesta de Schunner por mapear el comportamiento de las enfermedades resultaba interesante por varios motivos. Como señala Tom Koch, la producción de este tipo de mapas va más allá de representar estadísticas descriptivas de un determinado número de casos localizados geográficamente. El objetivo real es poder entender las relaciones entre comunidades virales o bacterianas, los seres humanos, y el medio ambiente que inhibe o potencia esas relaciones.⁷⁵ De esa manera el mapa ya no es una simple representación sino un medio para controlar, limitar o eliminar la circulación de esos agentes. Los mapas se vuelven entonces una vía de entrada posible a cierto estado del conocimiento científico del momento que los produjo. Al mismo tiempo debe señalarse en general, y para el período histórico abordado en particular, la potencia gráfica del mapa a la hora de fortalecer el argumento científico y de ampliar la posibilidad de transmisión de las ideas a un público más amplio.⁷⁶ Como señala Koch, “(...) La ciencia no es acerca de estar en lo correcto. Es acerca de convencer a otros de que una idea o tesis es correcta utilizando metodologías que otros respetan y datos que otros aceptan”. Para nuestra tesis esto será fundamental en los últimos capítulos, cuando

⁷⁵ Koch (2017):1.

⁷⁶ Koch (2017):8.

abordaremos formas de representación, cronológicas y territoriales, de la distribución de las enfermedades en la ciudad de Buenos Aires a fines del siglo XIX y principios del XX.

En relación con esto, la situación de Buenos Aires y Argentina en general se veía muy beneficiosa en el plano de Schunner de 1827, en comparación con otras regiones del continente americano que, según este documento, se veía afectado por una única enfermedad: la fiebre amarilla. El mapa registraba diferentes brotes epidémicos, ocurridos a partir del primero en la isla de Barbados en 1647,⁷⁷ y luego durante el siglo XVIII y principios del XIX en importantes ciudades puerto de la costa este de Estados Unidos, como Portsmouth, Boston, Nueva York, Filadelfia, Charlestown; y en otras ciudades como Veracruz, Cartagena, Caracas y Guayana, entre muchas otras. El episodio más cercano a la Argentina se registraba en Olinda, al norte de Brasil, en 1687.

En América, la eficacia de las cuarentenas también estaba en tela de juicio, en especial en los Estados Unidos. Ya en tiempos de la colonia, esta medida se aplicaba en ciudades-puerto estadounidenses como una forma de protección ante los brotes ocurridos en el caribe. Pero en 1762 la fiebre amarilla se hizo presente en Filadelfia, costando la vida de miles de personas aun cuando la cuarentena estaba vigente. Allí también la discusión se llevaba adelante en varios campos. Los mercaderes la denunciaban como una estrategia que ralentizaba el comercio y algunos médicos reformistas, como Benjamin Rush, la consideraban inútil ya que la fiebre amarilla no se contagiaba de persona a persona. En el contexto de las guerras de independencia contra Inglaterra, Rush, uno de los firmantes del acta de independencia, además afirmaba que las cuarentenas eran una medida "(...) incompatible con la libertad humana, la cual era esencial para la salud y la felicidad".⁷⁸

No obstante, un nuevo brote de fiebre amarilla ocurrido en 1793 permite ver que las cuarentenas continuaron siendo un recurso defendido por diversos médicos, muchos de ellos cercanos a las ideas del que se conocería como Partido Federal (*Federalist Party*), que mantenían la hipótesis de la importación de la enfermedad. Los más cercanos al Partido Republicano (*Republican Party*),⁷⁹ como Benjamin Rush, se volcarían más a la teoría miasmática y las condiciones meteorológicas, por lo que su estrategia apuntaba a mejorar las condiciones físicas y morales de la ciudad.⁸⁰ Aceptar esta teoría resultaba complejo para algunos sectores, en

⁷⁷ Watts (1999):287. El primer registro de una epidemia de fiebre amarilla data de 1495-1496, durante el segundo viaje de Cristóbal Colon. Fiquepron (2020):51.

⁷⁸ Harrison (2012):52.

⁷⁹ El Federalismo data de 1787 con la publicación de una serie de artículos, luego se consolidó formalmente como partido en 1795. El Partido Republicano por su parte fue fundado en 1790.

⁸⁰ Harrison (2012):54.

especial el comercial. Reconocer la condición local de la enfermedad podría provocar que el puerto de Filadelfia, por entonces la capital provisoria de los Estados Unidos, fuera considerado sucio, siendo evitado en beneficio de otros puertos, con lo cual se encontraban en una encrucijada en la cual ninguna de las dos opciones lograba beneficiarlos totalmente. La evasión de las medidas de cuarentena parece haber sido la opción elegida por algunos navegantes, por lo que fueron culpados por el retorno de la fiebre amarilla a la ciudad en 1798. Un año después por ley se estableció que toda embarcación que llegara entre abril y septiembre debía hacer cuarentena en la boca del río Delaware con importantes sanciones para aquellos que intentaran evitarlas. Leyes similares fueron promulgadas luego en Nueva York y Baltimore.

Aparentemente libre de estos conflictos, Buenos Aires parece alejada de los debates entre contagionistas y anticontagionistas. Sin embargo, veremos en el próximo capítulo como su creciente actividad portuaria le demandará el desarrollo de políticas sanitarias a nivel local y regional, proceso que podríamos decir inició con el primer reglamento de puerto de 1824, el cual será analizado en detalle en el siguiente apartado.

En este capítulo hemos detectado una serie de problemáticas presentes en la historia de las políticas de aislamiento y las cuarentenas europeas, que hemos considerado transversales y de larga duración, de manera de diferenciarlas con la experiencia americana que en comparación tendría una “vida corta”. Hemos visto parte de dicha experiencia con el caso de Estados Unidos y la propagación de la fiebre amarilla en sus puertos desde el caribe.

Tanto a un lado como otro del Atlántico hemos identificado una serie de interrogantes en cuanto a la identificación, tratamiento y prevención de las enfermedades contagiosas que han permanecido constante y que, en algún punto han dado forma a las políticas sanitarias aplicadas por diferentes gobiernos. Sin embargo, se ha puesto de manifiesto que dichas políticas no solo han respondido a aspectos médicos, sino que también la política y la economía han influido enormemente, ya que las medidas de prevención se insertan en un sistema de relaciones que exceden las fronteras y que implican siempre el diálogo con “otros”, sean estas ciudades o naciones.

Asimismo, en el cambio de siglo, hemos observado la inclusión de nuevas tecnologías que antes que reemplazar a las cuarentenas, las han complejizado a través del conocimiento científico-experimental. Dicho proceso a la vez permitió pensar en espacio de aislamiento diferentes, acordes con el pensamiento reformista de las instituciones sociales propios de la Ilustración.

Consideramos que este primer paso era necesario para entender la inserción del Atlántico sudamericano en el sistema de relaciones global que le demandará también desarrollar sus propias políticas sanitarias, las cuales escaparan de una lógica de mera recepción para volverse más un diálogo en el que mediaran el conocimiento científico y la diplomacia internacional con el objetivo de proteger los intereses locales. A dicho proceso nos dedicaremos en los siguientes capítulos.

CAPITULO 2

LOS INICIOS DE LA PREVENCIÓN

“Dos médicos y un militar formaban toda la autoridad sanitaria marítima de nuestro país. (...) ¿Cómo habrían podido oponer un serio obstáculo al germen epidémico (...)?” Penna, J. Estudio sobre las epidemias de fiebre amarilla en el Rio de la Plata.

En este capítulo se propone abordar la formación del sistema sanitario marítimo en la Argentina en la segunda mitad del siglo XIX. Dicho sistema involucró principalmente a las ciudades-puerto más importantes del país. Nos centraremos especialmente en aquellas vinculadas en el circuito comercial del río Paraná, que permitía el intercambio de mercancías y la circulación de personas dentro del territorio desde Brasil y Paraguay hasta Buenos Aires, principal puerto del territorio nacional cuya centralidad a nivel local y regional se vio fortalecida durante nuestro período de análisis.

En la primera década del siglo XIX la reglamentación vigente para el control de las entradas al puerto no establecía un protocolo claro para la inspección médica ni para las acciones a tomar frente a una posible enfermedad a bordo, lo cual permitía numerosas interpretaciones. En un contexto pre-epidémico, en el que el puerto de Buenos Aires no tenía todavía un alto flujo comercial legal, no era evidente el posible impacto de una normativa laxa en la salubridad de los puertos y el medio urbano. Este aspecto cambió notoriamente en la segunda mitad del siglo XIX.

Entre 1850 y 1900 las emigraciones masivas hacia el Cono Sur, primero desde Europa y luego desde Asia, casi triplicaron la población. Argentina y Uruguay tuvieron los incrementos demográficos más numerosos, seguidos de Chile y Brasil. Como señala María Silvia Di Liscia, el impacto que el ingreso masivo de inmigrantes tuvo en la sociedad argentina ha sido ampliamente estudiado, sin embargo, no ha recibido la misma atención la problemática de las admisiones.⁸¹

En Argentina, la necesidad de un control más exhaustivo de las entradas al territorio determinó la formación de un nuevo organismo del Estado, la Junta de Sanidad. Dependiente de la Capitanía de Puerto, la Junta de Sanidad estuvo conformada inicialmente por dos médicos, Pedro Mallo y Eduardo Wilde, y el capitán de puerto José María Bustillo. Entre sus funciones más importantes se encontraban la formulación de los reglamentos para la inspección sanitaria

⁸¹ Di Liscia (2017).

y su puesta en práctica. Para abordar este organismo se propone un análisis, alineado con lo planteado por Bohoslavsky y Soprano, que no personalice y, simultáneamente, personalice al Estado.⁸² Lo primero implica adoptar una perspectiva que no le otorgue al Estado y a sus dependencias un carácter monolítico y homogéneo, comparable a la identidad de una persona. Implica además alejarnos de una idea de institución total, que ejerce un poder de dominación sobre los sujetos en los que se proyecta. Lo segundo plantea la necesidad de entender al Estado no solo desde las normas que lo configuran y determinan, sino también desde las personas que producen y actualizan sus prácticas cotidianas y en interlocución con esas normas.

Esta perspectiva permitirá ver en la Junta de Sanidad un organismo en formación, sucesivamente en conflicto con otros organismos análogos locales y provinciales. La amplitud del territorio a abarcar definió una estructura organizativa centrada en Buenos Aires, donde se radicó la Junta de Sanidad del Puerto Central, y la conformación de juntas de sanidad en cada puerto del río Paraná. Estas juntas entraron en diálogo y tensión con los gobiernos locales que frecuentemente exhibían otros criterios y se oponían a sus decisiones.

Las dificultades que las juntas tuvieron para legitimarse radicarón, no solo en su reciente formación, sino también en los fundamentos que podían exhibir. Los sucesivos brotes epidémicos, que sufrieron las ciudades-puerto a partir de la segunda mitad del siglo XIX, establecieron la necesidad de una normativa estricta con el fin de evitar la entrada de las enfermedades contagiosas al medio urbano. Sin embargo, los fundamentos en los cuales la normativa se asentaba fueron ampliamente discutidos. Al igual que sus pares europeos, los médicos del Río de la Plata debieron establecer reglas y normas para prevenir la propagación de enfermedades sin saber a ciencia cierta que las causaba. Para el caso de Buenos Aires en particular, esa reglamentación además debía compatibilizarse con la creciente actividad económica del puerto y con el incentivo a la inmigración europea, posibilitando simultáneamente prevención sanitaria, intercambio comercial y la entrada de personas al territorio nacional.

Este estudio sobre la formación del sistema sanitario marítimo permitirá ver el entramado de agentes implicados en los inicios de un programa de prevención de entrada de las enfermedades por vía fluvial, cuyos recursos fueron siempre limitados en relación con las demandas que el flujo comercial y de circulación de personas planteaba. En efecto, las autoridades médicas de la Junta de Sanidad del Puerto Central, Pedro Mallo primero en solitario y luego junto con Eduardo Wilde, plantearon sucesivamente la falta de recursos técnicos y

⁸² Bohoslavsky.; Soprano (2010): 14.

económicos para hacer frente a las demandas del movimiento de barcos mercantiles y de pasajeros.

Tanto la trayectoria de Pedro Mallo y, en especial, la de Eduardo Wilde fueron ampliamente abordadas por la historiografía dedicada a la historia de la medicina a nivel local. Por el contrario, este período temprano en el que ambos profesionales, poco tiempo después de haber concluido la carrera de medicina, tomaron las riendas de este organismo al que construyeron al mismo tiempo que se construían a sí mismos ha sido menos abordado por la historiografía.⁸³

Uno de los principales aportes de estos jóvenes profesionales fue la definición y redefinición de las normativas vigentes para adaptarlas a las necesidades concretas del intercambio comercial. A través del estudio de dichas normativas veremos el intento de incorporar lo que estos médicos consideraban como los mayores avances científicos internacionales en materia sanitaria, fundamentalmente los expuestos en las convenciones sanitarias europeas celebradas a partir de la segunda mitad del siglo XX.

En esos espacios las cuarentenas fueron ratificadas, no sin discusiones, como la medida que ofrecía los mejores resultados para prevenir el riesgo de contagio de las enfermedades presentes en las embarcaciones, simultáneamente permitiendo la libre circulación de los barcos no infectados. Por este motivo se podrá ver su incorporación, como un proceso en el que inicialmente las cuarentenas se cumplían en el mismo barco, para luego adquirir mayor complejidad y carácter espacial al configurarse en lazaretos.

En este capítulo veremos su implementación con un inicio signado por la urgencia, primero destinando “pontones”- barcos destinados principalmente al traslado de cargas- como lazaretos flotantes donde realizar las cuarentenas y luego espacios arquitectónicos de construcción rápida, frecuentemente erigidos ante un riesgo de epidemia ya presente. En capítulos subsiguientes analizaremos una complejización aún mayor de este programa. En efecto se proyectarán lazaretos de gran superficie, con instalaciones similares a los hospitales permitiendo la separación de personas de distintas embarcaciones y categorías, incorporando además espacios para la desinfección de los objetos y los barcos.

A través de las Memorias de la Junta de Sanidad y las comunicaciones de sus autoridades se verá en este capítulo el desarrollo de un organismo en formación, con tensiones internas y externas, que ganó especial protagonismo y carácter público durante las grandes epidemias

⁸³ Gonzalez Leandri, R. (2005): 133.

ocurridas en las ciudades- puerto. En esos momentos su capacidad de acción fue puesta en tela de juicio y en ocasiones hecha responsable de la tragedia, ante lo cual sus autoridades no permanecieron en silencio. En las notas publicadas en los periódicos locales, en especial las escritas por Eduardo Wilde, veremos cómo los representantes de la Junta de Sanidad buscaron legitimar y validar su accionar, no solo frente a otros organismos del Estado sino también ante la sociedad civil que reclamaba soluciones más eficientes frente al riesgo latente de contagio. Esta perspectiva nos acerca a lo planteado por Mark Harrison, que entiende a las medidas de salud pública como “(...) compromisos inestables entre intereses disparares y a veces conflictivos entre sí”.⁸⁴ Desde ese punto plantearemos los inicios de la prevención como parte del desarrollo de políticas destinadas a la salud pública, proceso en el cual se entrecruzan los intereses de múltiples actores involucrados.

2.1. Los primeros médicos del puerto de Buenos Aires: Pedro Mallo y Eduardo Wilde

El desarrollo de medidas sanitarias en los puertos del Río de la Plata estuvo directamente vinculado con la creciente importancia que esta región adquirió a fines del siglo XVIII. Hasta 1776 los puertos rioplatenses tenían una actividad legal limitada. Los intentos de la corona española por controlar el contrabando en sus colonias determinaron que los intercambios comerciales se realizaran únicamente a través del puerto de Portobelo, en la actual Panamá.⁸⁵ El resto de los puertos no estaban habilitados para el comercio exterior, por tal motivo su actividad mercante principal era el contrabando. Luego del puerto de Panamá el siguiente en nivel de actividad era el de Buenos Aires, en especial por el comercio de asiento inglés, que permitía la importación de esclavos y telas.⁸⁶ La función principal de la Capitanía del Puerto de Buenos Aires, órgano creado en 1756 para el control y la seguridad de la navegación, se limitaba a la prevención y represión del comercio clandestino. En agosto de 1776 el rey Carlos III estableció la creación del virreinato del Río de la Plata con capital en Buenos Aires, con el objetivo de mejorar la defensa del límite con Brasil y reducir el costo del transporte de plata del Alto Perú.⁸⁷ La necesidad de que las colonias fueran económicamente viables motivó a que dos años después, en 1778, el rey sancionara un decreto sobre libertad de comercio con otras colonias españolas para la zona del Río de la Plata. Esta decisión fortaleció el rol central de Buenos Aires como vínculo comercial entre Lima y el mundo atlántico. En 1795 esta habilitación

⁸⁴ Harrison (2012): XVI.

⁸⁵ Prefectura Naval Argentina (2010):27

⁸⁶ Socolow (2009):1.

⁸⁷ Borucki (2017):22.

se hizo extensiva a otras colonias extranjeras, lo cual habilitó los intercambios con Brasil, y dos años después se incluyeron a las potencias neutrales en tiempos de guerra.

A partir de esta centralidad y las posibilidades que otorgaba la apertura comercial, la Capitanía del Puerto de Buenos Aires debió sumar nuevas responsabilidades, principalmente el mantenimiento y la limpieza del puerto, además del registro de los buques que ingresaran y salieran del mismo. Como parte de este registro cada embarcación debía inspeccionarse para verificar las condiciones de seguridad y salubridad del barco y sus tripulantes. Estas incumbencias fueron enunciadas por escrito por primera vez en las *Ordenanzas Generales de la Armada Naval* sancionadas por el rey Carlos IV en 1793.⁸⁸ El artículo nº9 de estas ordenanzas establecía la figura de un “Presidente de Sanidad”, subordinado al Capitán de Puerto en lo que concernía a la separación y custodia de los buques en cuarentena, pero no especificaba los requisitos que debía cumplir para acceder a este cargo.

La importancia de Buenos Aires creció con la instalación del “Consulado de Comercio”, creado por la Real Cédula de enero de 1794. Este consulado tenía como finalidad estimular la actividad comercial, fundamentalmente en materia marítima. Para eso, una de sus incumbencias era la protección y promoción de los puertos, haciendo especial hincapié en el mantenimiento y limpieza del puerto de Montevideo, perteneciente también al virreinato del Río de la Plata.

Si bien Buenos Aires, en su calidad de capital, concentraba el tráfico de mercaderías y productos, Montevideo competía en importancia por ser el único puerto habilitado para el ingreso de esclavos, aunque se han registrado ingresos a Buenos Aires en forma directa.⁸⁹ Por otra parte la geografía beneficiaba enormemente al puerto oriental. Su condición de puerto natural, de fácil acceso, habilitaba el ingreso de barcos de gran tonelaje. Por el contrario, la poca profundidad de la costa de Buenos Aires obligaba a los barcos a anclar a considerable distancia, bajar la mercadería a carretones y luego acercarlos al muelle. Esta desventaja fue balanceada por la presión del Consulado de Comercio para la habilitación, en 1801, de un puerto de ultramar en la Ensenada de Barragán (actual La Plata) vinculado a Buenos Aires. El decreto de habilitación implicó también la creación del pueblo de Ensenada. Sin embargo, las autoridades de Montevideo apelaron al Consejo de Indias para evitar el avance de las obras y sostener las ventajas de su propio puerto. Si bien el Consejo falló a su favor en 1804, esto no detuvo la

⁸⁸ Borucki (2017): 34.

⁸⁹ Borucki (2017): 20.

creciente importancia económica de Buenos Aires cuya actividad comercial en el periodo 1794 – 1808 creció cinco veces más que la de Montevideo.⁹⁰

A pesar de que el movimiento portuario se incrementó, en materia sanitaria no hubo prácticamente cambios. Las ordenanzas de 1793 permanecieron vigentes, junto con decretos sancionados luego de la Revolución de Mayo, hasta la sanción del *Reglamento para las Capitanías de Puerto de las Provincias Unidas del Rio de la Plata* en 1814. Este reglamento fue redactado por el entonces capitán de puerto Martin Jacobo José Thompson siendo aprobado el 6 de julio de ese año. La nueva normativa mantenía el espíritu de la anterior, pero fue adaptada a la nueva concepción político-administrativa surgida a partir de la caída del Virreinato del Rio de la Plata. En materia sanitaria se mantenía la idea de una Junta de Sanidad como organismo subordinado a la capitanía y responsable del control sanitario de las embarcaciones que entraran al puerto. Esta figura ya estaba presente en las ordenanzas anteriores, aunque su formación efectiva se concretó recién en la segunda mitad del siglo XIX.

Esta normativa sería de aplicación en la totalidad de puertos del Estado, lo cual incluía también a los puertos de la entonces llamada Provincia Oriental, entre ellos el de Montevideo. Sin embargo, el reglamento formulado por Thompson tuvo una mayor aplicación en aquellos puertos subordinados a Buenos Aires. Así quedó definido un sistema con una centralidad en la Capitanía de Puerto de Buenos Aires y la subordinación de los puertos de Las Conchas, Campana, Zárate, San Pedro, Baradero, Riachuelo, Salado, Ensenada de Barragán, Patagones y San Nicolás. Los puertos litoraleños conformaron sus propias Capitanías de Puerto y sus respectivos reglamentos hasta que fueron nacionalizadas en 1862.

La Junta de Sanidad del puerto de Buenos Aires no estaba formalizada en términos concretos. Tampoco existía un reglamento sanitario claro. Montevideo por su parte contaba con una junta desde 1804 integrada por el gobernador de la ciudad, el capitán del puerto, dos diputados, un asesor del gobierno, un escribano, dos médicos, dos celadores y un intérprete. Asimismo, había establecido un protocolo que estipulaba que el capitán de toda embarcación llegada a puerto debía someterse a un interrogatorio sobre las condiciones sanitarias. Se indagaba sobre la presencia de enfermos a bordo, de que puerto había partido, en cuales había hecho escalas y si la tripulación presentaba síntomas de alguna enfermedad. Además, las embarcaciones debían anclar fuera del puerto durante un cierto número de días hasta que se

⁹⁰ Langguth; Varese (2000):50.

comprobase el estado de salud de los pasajeros y los tripulantes. En ese período de tiempo la embarcación recibiría alimentos y medicamentos mediante pequeños botes.⁹¹

En vistas de estas diferencias, el Capitán del Puerto de Buenos Aires, Juan Bautista Azopardo, dispuso en 1821 una serie de reformas. En materia de higiene se destacaba el establecimiento de un buque de guardia fondeado a seis millas de la costa frente al edificio de la Capitanía, ubicado en Paseo de Julio entre las calles La Merced y Cuyo (**Figura 2.1**), para lo que se usaban embarcaciones en desarme. Esta embarcación oficiaría como lugar donde realizar la primera inspección a los buques que arribaran a la rada del puerto. Allí también funcionaría la guardia sanitaria contando permanentemente con un médico de servicio a bordo.

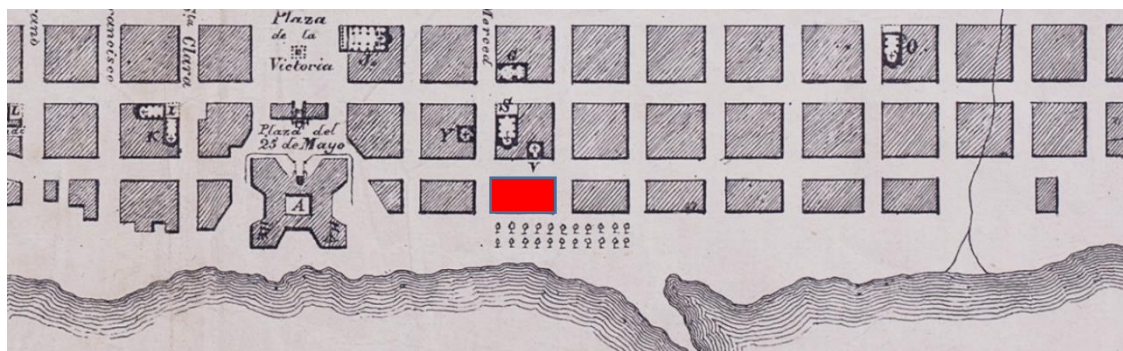


Figura 2.1: En rojo, ubicación del edificio de la Capitanía de Puerto. Fuente: Taullard (1845).

El conjunto de reformas propuestas por Azopardo fue luego unificado en un nuevo reglamento aprobado por Bernardino Rivadavia el 2 de mayo de 1824. Este constituyó el primer antecedente de una reglamentación específica de sanidad portuaria que establecía un protocolo claro.⁹² La normativa mantenía la idea de la propuesta Azopardo de establecer un buque de guerra que oficiaría de puesto de control en el canal interior del puerto. Hasta 1827 contó con doce marineros que cumplían el servicio las veinticuatro horas del día, número que debió duplicarse por el incremento del movimiento portuario. Cada vez que un buque mercante llegaba a puerto sus tripulantes debían acercarse con un bote ante el buque de guardia para presentar una serie de documentos de navegación. Luego se les haría una entrevista y se procedería la visita de sanidad a cargo de los médicos del puerto. El interrogatorio era similar al mencionado para el puerto oriental. Las preguntas apuntaban a conocer el puerto de procedencia del barco supervisado, en que otros puertos había hecho escalas, si en ellos había habido epidemias recientemente y si había tenido contacto con otros barcos durante la travesía. Una vez hecho esto la tripulación a bordo debía presentarse sobre la cubierta para una

⁹¹ Langguth; Varese (2000):115.

⁹² El decreto llevar por título *Medidas para el mejor servicio de la Policía del Puerto*. Tomado de Madariaga (1884).

examen visual. Durante ese proceso se debía cuidar el contacto entre las tripulaciones de los respectivos barcos, tanto el examinado como el de inspección. Hasta que el médico de puerto no juzgara que el estado de salud de las personas a bordo era óptimo ningún tripulante del barco entrante tenía permitido tocar tierra. Si por el contrario se encontraban sospechas de contagio, se tomarían las medidas necesarias para poner al barco entrante en incomunicación. Luego de esto el Capitán del puerto debía dar parte al gobierno y el médico del puerto al Tribunal de Medicina para que se nombre una comisión compuesta del médico del puerto antes mencionado, del médico de policía y de otro profesional para una segunda visita, similar a la primera. Si se ratificaba, el diagnóstico del barco y su tripulación eran puestos en cuarentena, estableciendo el Tribunal de Medicina el medio para interrumpir el progreso de la enfermedad. Si por el contrario había disidencias dicho organismo procedería a una tercera visita. Cuando el barco finalmente estuviera libre de sospechas de contagio se emitiría una “boleta de sanidad”, documento fundamental que era requerido en todo puerto donde se arribara y que podía permitir o no la libre circulación.

Si bien esta normativa se mantuvo vigente durante un tiempo prolongado existían problemas en su redacción que permitían interpretaciones discrecionales. Fundamentalmente la idea de una “sospecha de contagio” que el médico de puerto podía o no detectar, pero sin establecer cuáles eran los indicios que llevaban a dicha sospecha. Esta era una problemática que estuvo presente a nivel internacional durante el período histórico que estamos trabajando. En efecto, existieron diversas escuelas de medicina que interpretaban en formas distintas los síntomas de infección, las lógicas de contagio y las maneras de prevenirlo.

En el caso de la normativa que hemos presentado hasta el momento, resulta interesante además señalar que no se hacía ninguna mención a enfermedades específicas, quedando a decisión de los médicos la aplicación de las cuarentenas frente a distintos síntomas. En parte esta ausencia es comprensible, tal como vimos las enfermedades que aparecieron en la ciudad de Buenos Aires en la segunda mitad del siglo XIX, la fiebre amarilla y el cólera, recién estaban desarrollándose en Europa al momento de la redacción del decreto de Rivadavia.⁹³ Sí existían otras enfermedades habituales y conocidas en nuestro país, en especial la fiebre tifoidea, el sarampión y la viruela. Esta última era la más temida, podía presentarse en forma endémica como epidémica con un nivel de contagio que ascendía al 50% y una mortalidad del 30%.⁹⁴ El desarrollo de la enfermedad dejaba rastros evidentes y visibles en el cuerpo siendo las erupciones generalizadas su distintivo característico que se combinaba con fiebre, fatiga, delirio,

⁹³ Madariaga (1884):44.

⁹⁴ Figuepron (2020):48.

vómitos, y la hinchazón de labios, lengua y párpados. Durante los primeros días, la persona afectada no presentaba síntomas pudiendo ser un importante vector de contagio de la enfermedad que se transmitía tanto por la exhalación como también mediante el contacto con las ropas y objetos. El desconocimiento sobre estos factores derivaba en que la normativa no expresara precesiones en cuanto al estado general que deberían cumplimentar los barcos, su higiene, limpieza y forma de conservación de los alimentos durante la travesía.

Carlos Madariaga, en su tesis de 1884 sobre la historia de las cuarentenas argentinas, aseguraba que estas ausencias y omisiones se debían a la falta de conocimiento con respecto a la propagación de enfermedades a nivel local.⁹⁵ En efecto, al momento de la redacción de este decreto la Academia de Medicina tenía dos años de existencia, los primeros médicos se graduaron en 1827. La institución formativa anterior, la Escuela de Medicina del Tribunal del Protomedicato de Buenos Aires fundada en 1799, había visto prácticamente interrumpidas sus actividades en 1812. La inestabilidad política, la ausencia de una tradición científica y la limitada cantidad de profesionales de la medicina - egresados del protomedicato o inclusive sin haber terminado sus estudios al asumir un cargo- resultaron en estudios aislados de escaso impacto a nivel normativo. Si bien durante el período “rivadaviano” se formalizó una comisión a cargo de la vacunación como tratamiento para la viruela, su alcance fue muy limitado y no logró evitar las sucesivas epidemias que ocurrieron en 1830, 1836, 1837, 1842, 1847 y 1853. Esta situación no afectaba solamente a la Argentina. El mismo Madariaga señalaba que la etapa científica de la policía sanitaria comenzó recién con la Conferencia Sanitaria de Constantinopla de 1866.⁹⁶ Volveremos sobre esto.

La ley permaneció prácticamente sin cambios hasta que algunos episodios de fiebre amarilla ocurridos en 1857 motivaron distintas intervenciones a nivel urbano, de manera de mejorar la higiene general de Buenos Aires. Este ímpetu no se debía tanto a los efectos que la enfermedad tenía en esta ciudad sino el impacto que estaba teniendo en la cercana Montevideo. El hecho también demostraba las ventajas de adoptar medidas restrictivas frente al riesgo de contagio. El 28 de febrero de ese año el vapor inglés *Prince* llegó al puerto de Montevideo proveniente de Rio de Janeiro. A pesar de registrar casos de fiebre amarilla se le permitió desembarcar a ocho de sus treinta tripulantes y subir a bordo a nuevos pasajeros. El mismo día partió para Buenos Aires donde se le prohibió la descarga, regresando a Montevideo el día 5 de marzo. En este segundo arribo las autoridades del puerto toman las mismas medidas que

⁹⁵ Madariaga (1884):45.

⁹⁶ Madariaga (1884):45.

Buenos Aires, determinando que el *Prince* debía hacer cuarentena en el Lazareto de la Isla Libertad, pequeño islote de piedra cercano a la bahía de Montevideo. (Figura 2.2)

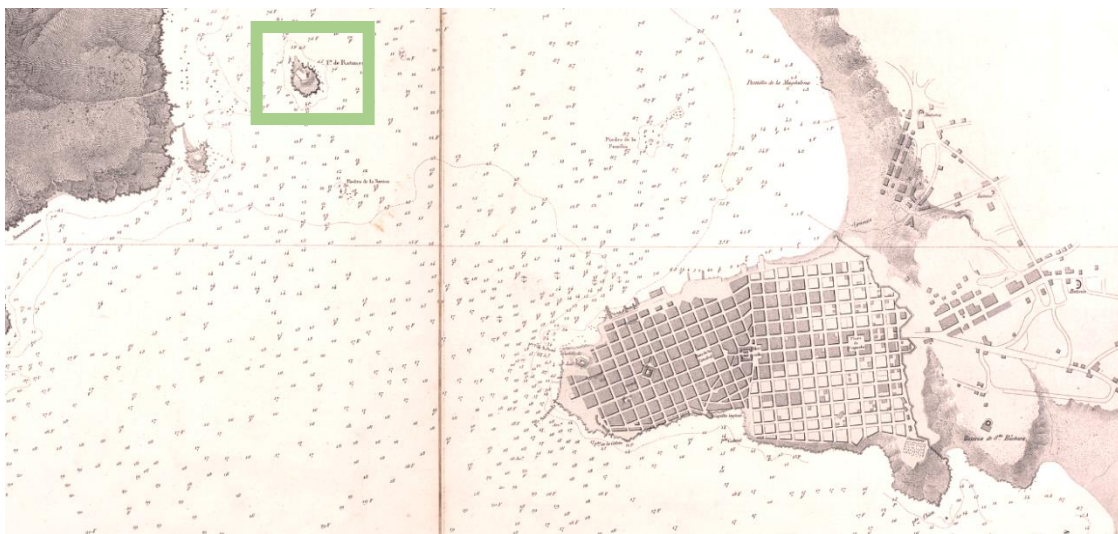


Figura 2.2: Ubicación de la Isla Libertad, arriba a la izquierda, en relación con la ciudad de Montevideo. Fuente: *Plano del puerto de Montevideo según los trabajos más fidedignos de ingleses y españoles*. Dirección de Hidrografía, 1864.

Sin embargo, solo realizaron tres días de observación luego de los cuales fueron admitidos en la ciudad. Por ambas acciones, permitir el primer desembarco y determinar una cuarentena reducida, fue removido del cargo el médico de sanidad Patricio Ramos. En su defensa el médico afirmaba que en el lazareto no contaban con camas o colchones, tampoco existía la asistencia médica necesaria en la isla que correspondía a una cuarentena de observación.

Aun en los casos en que la enfermedad se detectaba positivamente existían riesgos de contagio por falta de control. Unos días antes que el *Prince* arribó a Montevideo el bergantín *El Correo*, también procedente de Rio de Janeiro. Durante el viaje habían fallecido dos tripulantes por fiebre amarilla y tenía aun a tres marineros enfermos, por tales motivos no se les permitió desembarcar y permaneció fondeado en el puerto. Sin embargo, cuatro boteros de la ciudad se trasladaban hasta la embarcación para traficar mercancías ilícitamente. Todos ellos enfermaron de fiebre amarilla, dos murieron antes de terminado el mes de febrero.⁹⁷ A partir de ese momento la fiebre se propagó rápidamente por Montevideo. Según el estudio del médico francés Adolphe Brunel, la ciudad tenía en ese momento 15.000 habitantes de los cuales 5.000 se habrían contagiado y 2.500 murieron. El presidente de la Junta de Higiene de Buenos Aires, Ireneo Portela, viajó a la ciudad a estudiar la enfermedad. Allí constató el mal estado de las

⁹⁷ Buño (1983):10.

calles, la ausencia de cañerías maestras para el desagüe de efluentes que provocaba zonas pantanosas y putrefactas, y la acumulación general de basuras. Todos estos eran posibles “focos” donde se podían gestar los temidos “miasmas”.

No es de extrañar entonces que las intervenciones que se llevaron a cabo en Buenos Aires tuvieran como objetivo detectar y eliminar posibles “focos” locales. Sobre estas intervenciones, Verónica Paiva sostiene que existieron distintos momentos de las operaciones urbanas del denominado “higienismo”.⁹⁸ Un primer momento, que finalizó en la década de 1850, estuvo fuertemente influido por la teoría “anti-contagionista” de transmisión de las enfermedades basada en la presencia de miasmas. A esta teoría se oponía la “contagionista” que aseguraba la posibilidad de transmitir enfermedades de persona a persona. Lejos de una reemplazar a la otra, estas teorías se superponían y solapaban, lo que motivó métodos y políticas de salud contradictorias, con resultados trágicos. Esto se debía además a que la corporación médica recién comenzaba a definir los rasgos de su propia profesión para lo cual necesitaba definir sus áreas de incumbencia en forma clara y fundamentalmente el apoyo estatal. Solo así podrían comenzar a trazarse los vínculos entre los médicos y las políticas públicas, que hasta ese momento no habían logrado consolidarse. Vale como ejemplo que a mediados del siglo XIX la Comisión de Higiene Municipal no incluía ni a médicos ni a farmacéuticos.⁹⁹

En el segundo momento del higienismo, que Paiva periodizó entre la década de 1850 y la de 1890 coincidiendo con el período científico de la policía sanitaria, se desarrollaron las grandes transformaciones urbanas como parte de un programa con un alcance más amplio que integraba la salud física, psicológica y social de la población desde la intervención del Estado con una política de salud pública.¹⁰⁰ Sin embargo, en este segundo período el debate entre contagionistas y anti-contagionistas estuvo lejos de desaparecer.

Los episodios de fiebre amarilla no solo marcaron la necesidad de revisar las políticas urbanas, sino también la obligación de actualizar la normativa existente en relación a las cuarentenas. En 1858, las contradicciones entre dos organismos de control que debían decidir si permitían la entrada o no de un buque habilitaron la entrada de la enfermedad. Según el informe de la Junta de Sanidad, el cuerpo médico de la ciudad decidió permitir la entrada de un

⁹⁸ Paiva (2000).

⁹⁹ González Leandri (1999):63

¹⁰⁰ Paiva (2000):7. En la voz *Higienismo* elaborada por Verónica Paiva y Graciela Silvestri se afirma que la policía sanitaria fue formada en la primera etapa del Higienismo en la Argentina, que finaliza en la década de 1850 (Paiva; Silvestri: 2004). Fuentes primarias como Madariaga (1884) y Penna (1895) nos inducen a situar dicho momento más tardíamente con la formación de la Junta de Sanidad, cuyo personal por otra parte era bastante limitado.

barco cuyo ingreso había sido rechazado previamente por el personal de puerto. Así se inició un brote de fiebre amarilla que provocó aproximadamente doscientas muertes.¹⁰¹ En virtud de esto se decretaron cuarentenas de quince días para las procedencias de Rio de Janeiro, ciudad en la cual el barco había hecho escala y en la que se habían producido numerosos casos de fiebre amarilla.

Aquí resulta interesante destacar dos cuestiones. Por un lado, puede verse la teoría, sostenida por los médicos que favorecían la aplicación de cuarentenas, de que los agentes que provocaban las enfermedades tenían un período activo, en este caso de quince días, luego del cual dejaban de representar una amenaza. Por otro, podemos ver la aplicación de categorías como “limpio” o “sucio” para referirse a los puertos y embarcaciones. En este caso, se aplicó la categoría de “puerto sucio” a Rio de Janeiro por considerarlo un puerto en el que existía una enfermedad o las condiciones de salubridad no eran suficientes para evitar que la misma se propague, pudiendo representar un peligro recibir libremente embarcaciones que hayan partido o hecho escala allí. Esto endurecería fuertemente los controles de esas procedencias.

A la vez este caso habilitó una cuarentena en un espacio determinado. Ante la epidemia de fiebre amarilla, ocurrida en Montevideo en 1857, se había habilitado preventivamente un lazareto en el puerto de la Ensenada de Barragán. Para esto se utilizó el fuerte que había sido reconstruido dos años antes por el ingeniero Pedro Benoit. Las instalaciones cuarentenarias establecidas en 1857 duraron solo tres años, hasta 1860, cuando el miedo ante una nueva epidemia mermó, pero sentaron un precedente en la idea del alejamiento de los posibles focos infecciosos del centro de Buenos Aires y principalmente de las actividades del puerto. Hasta ese momento la ciudad había logrado evitar la suerte de Rio de Janeiro y Salvador de Bahía donde la fiebre amarilla ya era endémica. Asimismo, tampoco se habían presentado un número importantes casos de cólera salvo un episodio aislado en Bahía Blanca, mientras que la enfermedad se propagaba fuertemente en el resto del mundo, primero de India a Asia, luego a Europa y norte de África. A mediados del siglo XIX la enfermedad ya había cruzado el Atlántico y llegado a Estados Unidos, México, Canadá y algunas zonas de Centroamérica, sin haberse diseminado por América del Sur.

Esto cambió drásticamente a fines de la década de 1860. En 1867 se produjeron dos importantes brotes de cólera, el primero entre marzo y mayo, y el segundo de noviembre a marzo de 1868. Como defensa los médicos y farmacéuticos más notables sugerían el blanqueo de las viviendas, la limpieza general, considerar la cantidad de personas que habitaban la casa

¹⁰¹ Madariaga (1884):49.

en relación a sus dimensiones, y la desinfección de letrinas.¹⁰² En la provincia de Buenos Aires cobró la vida de 15.000 personas sobre una población de 495.107 habitantes.¹⁰³ Como la viruela, el cólera también presentaba evidencias en el cuerpo del enfermo. Los vómitos y diarrea severos provocaban una rápida deshidratación que llevaban al enfermo a un rápido colapso que se manifestaba en el color azul cianótico de la piel, el hundimiento de las cuencas oculares y un aspecto cadavérico generalizado.

Un episodio de semejantes dimensiones trajo aparejado una creciente preocupación por la enfermedad y produjo un punto de inflexión en la demanda social de incorporar la cuestión de la higiene a la discusión urbana. Esto indujo a realizar algunas obras de saneamiento de la ciudad de forma más o menos inmediata, que permitieran suprimir los focos infecciosos como medida preventiva ante futuras epidemias.

Al mismo tiempo, podríamos afirmar que el fuerte impacto de estas primeras epidemias definió una lamentable y visible huella en la ciudad con la expansión o creación de cementerios, para dar respuesta al número de fallecidos. En la **Figura 2.3** pueden verse las diferentes expansiones del Cementerio Norte, uno de los primeros de la ciudad. Las correspondientes a 1859 y 1863 se debieron al crecimiento poblacional de Buenos Aires, mientras que la última se debió enteramente a los fallecidos por el cólera.¹⁰⁴

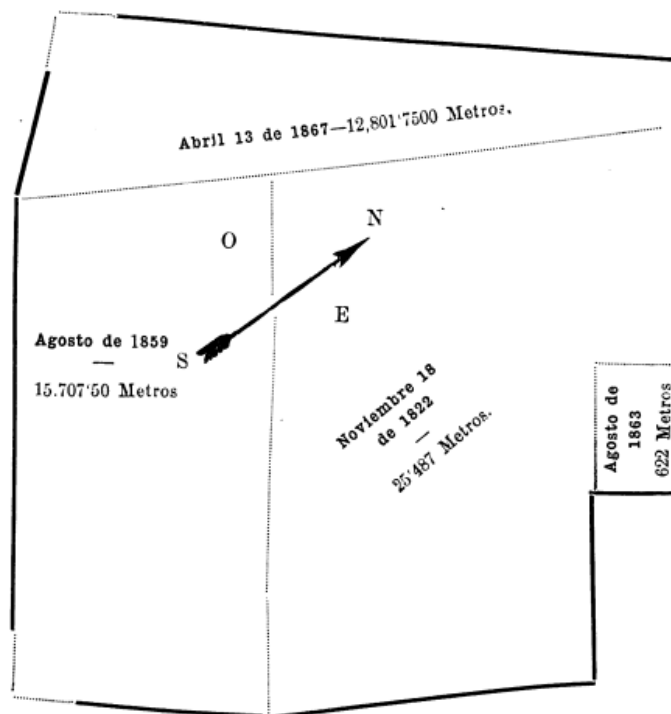


Figura 2.3: Expansiones del Cementerio del Norte. Fuente: Mallo (1879):890.

¹⁰² González Leandri (1999): 66.

¹⁰³ Fiquepron (2020): 52.

¹⁰⁴ Mallo (1879):891.

Este impacto también se replicó al otro lado de la ciudad. En la **Figura 2.4** pueden verse dos cementerios que se abrieron con escaso tiempo de diferencia. Primero un cementerio provisorio que funcionó durante poco menos de un mes, hasta el 4 de junio de 1867, y luego uno definitivo que fue inaugurado el 24 de diciembre de ese mismo año.

En el caso de estos últimos dos cementerios, podemos ver un intento de agrupamiento de distintos programas que buscaban ser apartados del medio urbano por ser potencialmente nocivos. Así en este sector se pusieron en relación estos nuevos establecimientos con los hospitales del área de La Convalecencia y los Mataderos del Sur. Sostenemos que estos agrupamientos estratégicos se dieron durante gran parte de nuestro período de estudio, por lo que volveremos a esto sucesivamente en próximos apartados.



Figura 2.4- Ubicaciones del Cementerio Provisorio del Sud, amarillo, y el Cementerio del Sud, rojo. Puede verse parte del área de La Convalecencia y los Mataderos del sur. Fuente: Dal Castello (2021):92.

En este contexto, la aplicación de cuarentenas estrictas parecía ser el método que permitiría evitar el impacto de nuevos episodios epidémicos. En ese sentido, a fines de 1868 comenzó un proceso de mayor institucionalización y centralización en materia portuaria. La Capitanía del Puerto de Buenos Aires se refundó como Capitanía Central de la República a cargo del Coronel José María Bustillo, ex combatiente de la Guerra de la Triple Alianza. Con el cargo de Capitán del Puerto Central, Bustillo tenía a su cargo todas las capitanías y subdelegaciones

del país, es decir la Capitanía de la Capital, con las subdelegaciones de San Nicolás de los Arroyos, Riachuelo de la Boca, San Isidro, San Fernando, Conchas y Tigre, y las Capitanías del Litoral: Rosario, Santa Fe, Gualeguaychu, Concepción del Uruguay, Concordia, Victoria y Corrientes. Inicialmente contaba solo con dos oficiales, cuatro escribientes, cuatro ayudantes y un ordenanza. Pero en 1869, ante la amenaza de nuevos casos de cólera provenientes de Paraguay el gobierno asignó un médico adjunto a dicha Capitanía. Este cargo recayó en el doctor Pedro Mallo, profesional que podríamos posicionar como uno de los protagonistas de este segundo momento del higienismo a nivel local y que tuvo una trayectoria sumamente destacada hasta su muerte en 1899. Mallo se doctoró en medicina en la Universidad de Buenos Aires en 1864 a los 27 años, fundando ese mismo año la *Revista Medico Quirúrgica* junto a Ángel Gallardo. En su cargo de médico de puerto Mallo presentó un informe a la Capitanía de Puerto, en el que daba cuenta del estado de situación general:

“Nombrado a principios del año 69, médico de Sanidad del Puerto, tuve que tomar por primera vez las medidas precaucionales que debían regirnos en conformidad con el estado de la ciencia en los momentos en que nos encontrábamos. Renuncio el diseñar el estado de abandono, la falta de reglamentos de plan precaucional y de personal sanitario en los momentos en que entre a ocupar dicho puesto”.¹⁰⁵

Para comprender la preocupación de Mallo resulta pertinente mostrar el movimiento de barcos en el puerto de Buenos Aires al momento de su asunción en el cargo, entendiendo que un único pasajero enfermo podía ser un posible transmisor de enfermedades. **(Figura 2.5)**

	Buques mercantes de ultramar		Cabotaje		Vapores de pasajeros	
	Cant. Barcos	Tripulacion	Cant. Barcos	Tripulacion	Cant. Barcos	Pasajeros
Entradas	1705	21750			861	25342
Salidas	2097	22131	1771	7989	1087	56354

Figura 2.5- Movimiento de barcos en el puerto de Buenos Aires correspondiente al año 1868. Fuente: Memoria presentada por el Ministro de Estado del Departamento de Guerra y Marina al Congreso Nacional en 1869. Pág. 496-501.

El informe presentado por Mallo resaltaba la falta de medidas sanitarias necesarias. Pasó al Consejo de Higiene Publica, refundado ese mismo año bajo la presidencia de Luis María Drago y Leopoldo Montes de Oca como secretario. Este órgano surgió como sucesión del antiguo Consejo de Higiene que databa de 1852, y que se había visto atravesado por amplias disputas entre sectores económicos, políticos y médicos para definir sus atribuciones y composición.

¹⁰⁵ Madariaga (1884):53.

Luego de los episodios de cólera finalmente estas fueron ratificadas por ley en julio de 1870, aunque se trataba aun de un organismo principalmente consultivo.¹⁰⁶ El Consejo recomendó la formación de una nueva Junta de Sanidad creada luego por un decreto el 14 de julio de 1869. En dicha junta el Capitán del Puerto oficiaría como presidente y contaría con dos Médicos de Puerto. Como autoridad consultiva seguiría oficiando el Consejo de Higiene, pero sería responsabilidad de la Junta la expedición de las nuevas patentes de sanidad que sustituirían a las existentes. En las mismas se enumeraban aspectos ya contemplados y se incorporaban algunos elementos que antes no eran tenidos en cuenta: tipo de cargamento transportado, estado higiénico del buque, salud de la tripulación, salud de los pasajeros, estado de conservación del agua y los víveres. La patente además certificaba que ni en el puerto ni en sus cercanías existía enfermedad al momento de la salida de la embarcación.

Mallo buscó realizar numerosos cambios aún más ambiciosos en el sistema sanitario. Para eso elaboró un proyecto de *Reglamento de Sanidad* en el que podemos ver el primer intento de acoplarse a las teorías médicas modernas en materia cuarentenaria. Según su autor para la redacción se basó fielmente en el Reglamento de la Convención Sanitaria de París de 1851, primera reunión internacional para definir políticas sanitarias transnacionales, y las ideas del de Constantinopla de 1866. Justamente el espíritu de estas conferencias internacionales fue sentar las bases para la colaboración transnacional en materia sanitaria, lo cual implicaba una unificación de los sistemas de cuarentena. Para lograrlo era vital el acceso de las naciones participantes a la misma información y a las noticias respectivas a la aparición de focos infecciosos en cada puerto. Los acuerdos en esta materia comenzaron en la Conferencia Sanitaria de Viena de 1874 pero recién llegaron a una definición concreta en la Conferencia Sanitaria de París de 1903, la undécima, en la que se decidió la creación del *Bureau International d'Hygiene Publique*, organismo dedicado a la recolección y difusión de información y documentos de interés para la salud pública referidos a las enfermedades contagiosas.¹⁰⁷

El encuentro de Constantinopla que mencionó Mallo fue el tercero en su tipo. Las dos conferencias anteriores habían ocurrido en París en 1851 y 1859 respectivamente. El objetivo principal era hacer frente a las diversas epidemias que amenazaban al viejo mundo. El cólera asiático había alcanzado a Europa en 1829 luego de pasar por Rusia, Polonia y Austria. La fiebre amarilla presentaba casos en los principales puertos occidentales de Europa. La peste, por su parte, continuaba siendo endémica en los límites del Imperio Otomano. Con distintos criterios para todas estas enfermedades se aplicaban cuarentenas, reteniéndose tripulaciones y cargas

¹⁰⁶ González Leandri (1999):84.

¹⁰⁷ Howard Jones (1975).

en lazaretos. Sin embargo, la ausencia de certezas sobre la forma de transmisión de todas estas enfermedades derivaba en que los tiempos, protocolos y limitaciones variaran arbitrariamente. Las conferencias sanitarias internacionales fueron el medio para intentar lograr acuerdos entre distintos estados vinculados comercialmente. A pesar de esto, no deben ser confundidos con congresos médicos. Fueron encuentros diplomáticos que tenían como objetivo principal evitar retrasos en el comercio internacional, contemplando a la vez la preservación de la salud de la población. En tal carácter cada uno de los estados participantes enviaba dos delegados, un médico y un diplomático con votación independiente. Así cada estado tenía dos votos y no era extraño que fueron contrarios entre sí. Los primeros participantes fueron Austria-Hungría, el Reino de las dos Sicilias, Toscana, España, los Estados Pontificios, Inglaterra, Grecia, Portugal, Francia, Rusia y Turquía. Llegar a acuerdos no era tarea fácil. La propuesta de limitar la circulación de embarcaciones y personas, como también la designación de agentes extranjeros con el rol de inspectores dentro del territorio, fueron frecuentemente percibidos como restrictivos de la soberanía nacional. Así, los resultados de las conferencias no eran ratificados luego como normativa por los distintos Estados, pero la difusión de las ideas allí volcadas serviría como antecedente para que otros países realizaran sus propios reglamentos sanitarios.

La tercera conferencia, la de Constantinopla, tampoco tuvo grandes efectos prácticos. Pero logró poner en evidencia la importancia de la cooperación internacional.¹⁰⁸ Este encuentro fue motivado principalmente por la epidemia de cólera surgida en Egipto en 1865 que tuvo grandes repercusiones en Europa. Asimismo, el temor de que pudiera haber un gran contagio por la peregrinación de fieles musulmanes de Egipto a la Meca era un gran motivador para la organización del encuentro, a tal punto que una de las primeras propuestas que se trataron consistía en el cierre de todos los puertos árabes a los barcos procedentes de Egipto. La conferencia fue la de mayor duración, extendiéndose por siete meses, y se dedicó únicamente a tratar la cuestión del cólera. Asimismo, obtuvo un gran número de acuerdos, aunque no fuera ratificada en pleno posteriormente por los estados participantes, que incluyó a los que habían sido parte de los encuentros anteriores e incorporó a Bélgica, Dinamarca, Holanda, Persia, Prusia, Suecia y Noruega. Con diferencias en las votaciones se determinó:

- que la India era el lugar de origen del cólera,
- que la enfermedad fue exportada desde ese lugar por el hombre,
- el aire era el principal vehículo de transmisión de la enfermedad
- los cadáveres de las víctimas de cólera debían ser considerados peligrosos, aunque no estaba verificado que transmitieran la enfermedad,

¹⁰⁸ Lima Chaves (2009): 63.

- las ropas y las mercancías podían transportar la enfermedad,
- todas las procedencias de regiones infectadas debían ser consideradas sospechosas.

Estos acuerdos no eran menores, en especial el tomar a la India como lugar de origen del cólera. Llegar al consenso de que una enfermedad era propia de una región, es decir que era “endémica” en ese lugar, tenía el doble efecto de endurecer los controles de las procedencias que partían desde allí, como así también relajar las medidas de prevención a los barcos que llegaban a ese lugar. Si la enfermedad era producida por agentes propios de la región, su temperatura o condiciones atmosféricas, no tenía sentido realizar controles a los barcos entrantes, mucho menos poner a sus tripulaciones en cuarentena. Esto también podía implicar que las embarcaciones deliberadamente evitaran hacer escala allí, sabiendo que tener esa entrada en su patente de sanidad implicaba un control posterior más estricto en el puerto de llegada. Este aspecto no era menor y muchas veces suscitó conflictos en las conferencias internacionales. En muchos casos había sospechas de que estas medidas, lejos de buscar un interés médico, intentaban deliberadamente posicionar comercialmente a un puerto por sobre otro. En capítulos posteriores veremos este aspecto en particular en relación con los puertos de Brasil y Argentina, específicamente con la posibilidad de considerar a la fiebre amarilla como enfermedad endémica de uno u otro estado.

Fue a partir de estos antecedentes que Mallo redactó su propio reglamento. Este fue elevado nuevamente al Consejo de Higiene formándose una comisión compuesta por Mallo, Montes de Oca y Drago para revisarlo y mejorarlo. El Consejo de Higiene finalmente elevó el reglamento al gobierno, poniéndose en vigencia solo una parte de él. Este *Proyecto de Reglamento de Policía Sanitaria Marítima de la República Argentina*, como fue denominado, implicaba varios cambios con respecto a la normativa vigente. En principio establecía Juntas de Sanidad Marítima en los puertos nacionales. Estas se compondrían por el capitán de puerto, que oficiaría como presidente, del médico o médicos de puerto, del administrador de rentas nacionales y de un secretario seleccionado entre los empleados subalternos de la capitanía del puerto. Asimismo, se creaba una Junta de Sanidad del Puerto Central, radicada en Buenos Aires, a la cual se remitían las consultas en relación a los casos no consignados en la nueva reglamentación. De todas maneras, el Consejo de Higiene Pública mantenía su rol de órgano consultivo último. La relación entre las juntas locales y la central no era solo consultiva sino también de intercambio de noticias e información. Si un riesgo de infección era detectado en una embarcación, la Junta de Sanidad local debía tomar las medidas convenientes y comunicar a las otras Juntas de Sanidad de los puertos cercanos, al Gobierno provincial y a la Junta de Sanidad Central que lo comunicaría a su vez al Gobierno Nacional. De esta manera, la alerta ante

un riesgo de epidemia ya no abarcaba solo lo local, sino que, a través de estas comunicaciones, se ponía en conocimiento a todos los puertos de la nación. El reglamento obligaba a estos funcionarios a comunicar a la Junta de Sanidad del Puerto Central si se presentaba alguna epidemia en los puertos en los que estuvieran acreditados, haciendo constar esto en el visado de las patentes señalando la fecha de aparición y desaparición de la enfermedad.

La reglamentación de Mallo distinguía entre dos tipos de enfermedades: las “indígenas”- fiebre tifoidea y viruela- ante las cuales las Juntas tomarían las medidas que consideraran convenientes para evitar su propagación en el puerto y en el mismo barco, y las “exóticas”- cólera, fiebre amarilla, peste de Oriente- ante las cuales las Juntas determinarían si la embarcación debía permanecer en “cuarentena de observación” de tres días en el puerto, o dirigirse a un lazareto donde se purgaría una “cuarentena de rigor” de diez días para las personas, veinte días para el buque y treinta para el cargamento. En los casos necesarios los buques podrían pasar de una cuarentena de observación a la de rigor si la enfermedad se manifestara durante la primera. Durante la cuarentena de rigor sería obligatorio el desembarco de los pasajeros y las cargas para su desinfección, además de proceder a la limpieza y fumigación de la embarcación.

Para poder realizar las cuarentenas el reglamento planteaba la necesidad de contar con lazaretos, mencionando como establecimiento ya existente al de la Ensenada, y la necesidad de establecer uno en la Isla Martín García. Los lazaretos serían el destino obligatorio para aquellas embarcaciones que hayan recibido patente “sucias”. Un barco recibía este tipo de patentes si se detectaba la presencia de enfermedades “exóticas” a bordo, o si había partido de algún puerto en el que no se tomaran medidas higiénicas suficientes, en cuyo caso también era considerado como puerto “sucio”. Debido a los riesgos que implicaban, sobre las enfermedades “exóticas” recaía la mayor atención debiendo siempre informarse sobre su existencia o no, asignándose directamente patente “sucias” en caso de duda y realizando una interconsulta con el Consejo de Higiene Pública que determinaría la patente definitiva. Asimismo, las patentes de sanidad de otros puertos que tuvieran otra clasificación distinta de “buena” serían consideradas “sucias”. Recibida esta patente en la embarcación debía izarse una bandera amarilla durante el día y encenderse un farol rojo durante la noche para evitar el contacto con otras embarcaciones cercanas. Las enfermedades exóticas eran las únicas que justificaban el sometimiento a cuarentenas y calificaban al buque con la condición de “infectado”. Dicha condición se otorgaba cuando hubiera casos de esas enfermedades a bordo, o defunciones por causa de las mismas, o cuando se procediera de un puerto infectado y no hubieran transcurrido diez días desde la salida. En este último punto puede verse que también se contemplaban los tiempos de

incubación, considerando casos de enfermos cuyos síntomas aún no se hubiesen manifestado. Como veremos más adelante la duración de los tiempos de incubación serán una preocupación central a la hora de determinar reglamentos sanitarios internacionales unificados, en permanente tensión entre la precaución higiénica y la fluidez comercial.

En los otros puertos de la nación, que tenían menor demanda, funcionarían lazaretos flotantes, es decir barcos aislados en los que se pudieran practicar las cuarentenas necesarias, bajo la órbita de la Junta de Sanidad correspondiente. La disposición espacial del lazareto debía permitir la separación de las cuarentenas de fechas diferentes, estableciéndose almacenes para las mercaderías, dormitorios y locutorios para los cuarentenarios y equipamiento para el personal que, al recibir personas en cuarentena, estarán en situación de aislamiento a su vez. Se establecían asimismo compatibilidades entre tipos de carga. Las Juntas debían prohibir el embarco de cargas putrescibles o explosivas si la embarcación llevaba pasajeros. También para permitir la toma de carga la embarcación debería cumplir ciertas condiciones de limpieza e higiene. Este aspecto no es menor ya que un barco con patente limpia pero cuyas condiciones higiénicas no fueran suficientes podría pasar a calificarse con patente sucia. Debían proveerse además de botiquín de medicamentos y artículos necesarios para hacer frente a las enfermedades y accidentes frecuentes a bordo.

En relación a las visitas sanitarias el reglamento era especialmente elocuente en cuanto a la manera en que se venían ejecutando hasta el momento:

“Art. 14- En cuanto al modo de pasar a visita sanitaria se recomienda a las Juntas que eviten el ridículo, empleando sin embargo todas aquellas precauciones que sean del caso con los buques de patente sucia”.

Si seguimos la descripción de Madariaga, la idea de “evitar el ridículo” que mencionaba el artículo refería a la negligencia y falta de rigor con las que se hacían las visitas sanitarias. Sin embargo, podemos relacionar esto también con las posturas enfrentadas entre contagionistas y anti-contagionistas. Los primeros intentaban evitar, por todos los medios posibles, el contacto con pacientes presuntamente infectados. Por el contrario, la confianza de algunos inspectores anti-contagionistas, en que las condiciones ambientales de la ciudad de Buenos Aires no permitían el asentamiento de las enfermedades exóticas, redundaba en la ausencia de un real control sanitario. Para estos funcionarios el clima, la circulación de los vientos y las características físicas del medio urbano garantizaban que los males externos no se desarrollarían localmente.

Frente a esta situación Pedro Mallo elaboró un protocolo claro que consistía en lo siguiente: los médicos pedirían la patente sanitaria del punto de salida y del último puerto en el que hubiera hecho escala. Luego consultaría si el barco ha realizado cuarentenas en algún puerto y por cuanto tiempo, si tiene enfermos a bordo, si relacionado con esto ha tenido defunciones, constatando esto con el certificado de novedades sanitarias de la embarcación, suerte de bitácora elaborada por el capitán o el médico de a bordo. A partir de la evaluación se determinaría, en caso de enfermedad, si el barco pasaría a cuarentena de observación o al lazareto, comunicando la resolución a la Junta de Sanidad Central. El reglamento otorgaba a la inspección la capacidad de registrar el barco si existieran sospechas de que se ocultan a pasajeros enfermos, registrando los camarotes y demás dependencias del barco. Cabe destacar que bajo ningún caso los buques eran rechazados, aunque tuvieran enfermos a bordo, pero serían sometidos a las medidas higiénicas necesarias tanto la tripulación, pasajeros, como también las cargas existentes en la embarcación.

A las distintas juntas locales les cabía también la responsabilidad de emitir las patentes de sanidad a los buques de salida de los puertos, unificándose ahora a un solo modelo aprobado. Emitir esta patente también implicaba certificar el estado sanitario del puerto, cuya limpieza y mantenimiento era una tarea asignada a la Junta de Sanidad local.

El reglamento también hacía mención a una figura que cobraría importancia futura, el médico de a bordo. En su art. 53 recomendaba siempre llevar un médico cuando se trasporten pasajeros, siendo esto obligatorio cuando, habiendo epidemia, se superaran las cien personas y el viaje durara más de tres días. La labor de estos médicos sería la de hacer cumplir las normativas en cuanto a la higiene durante la travesía, dando cuenta de lo acontecido durante el viaje al llegar a puerto a través de una bitácora en la que se consignaran si hubo personas enfermas y cuál fue su tratamiento. Asimismo, se confía en esta figura para dar cuenta de los casos en fallecimientos, hechos ocultados muchas veces por los capitanes que arrojaban el cadáver del barco durante el viaje debido a que ese factor dificultaba su entrada directa a los puertos nacionales. Para fortalecer este aspecto la normativa prohibía que esto se hiciera en los puertos y ríos de la nación.

2.2. Desafíos y limitaciones del sistema cuarentenario

El reglamento propuesto por Mallo fue aprobado por el Consejo de Higiene Pública reconociéndole que sus propuestas ya habían sido aprobadas en la Conferencia Sanitaria Internacional de Constantinopla de 1866.

Esto le otorgaba una cierta legitimidad en tanto se reconocía a las conferencias como el espacio de debate de los máximos exponentes médicos de las grandes potencias mundiales. Así, luego del visto bueno del Consejo de Higiene Pública, fue elevado para su aprobación final obteniéndolo el 14 de julio de 1869. Se establecía también la creación formal de la Junta de Sanidad del Puerto Central integrada por Bustillo, Capitán del puerto, Pedro Mallo, médico, y Eduardo Wilde, por entonces un recién recibido médico de la Universidad de Buenos Aires. Wilde ya se había destacado durante la reciente epidemia de cólera por su designación al frente de un lazareto provisorio para coléricos, cargo que ningún otro médico titulado quiso ocupar. Ejerciendo sus funciones contrajo la enfermedad, pero se recuperó rápidamente.

Continuando con la aceptación del reglamento, la misma también aprobaba un nuevo modelo de patente de sanidad que emitirían las distintas juntas de sanidad locales. La misma ratificaba, no solo el correcto estado higiénico del buque y su tripulación, sino también que el puerto y sus alrededores estaban libres de enfermedad epidémica (**Figura 2.6**).

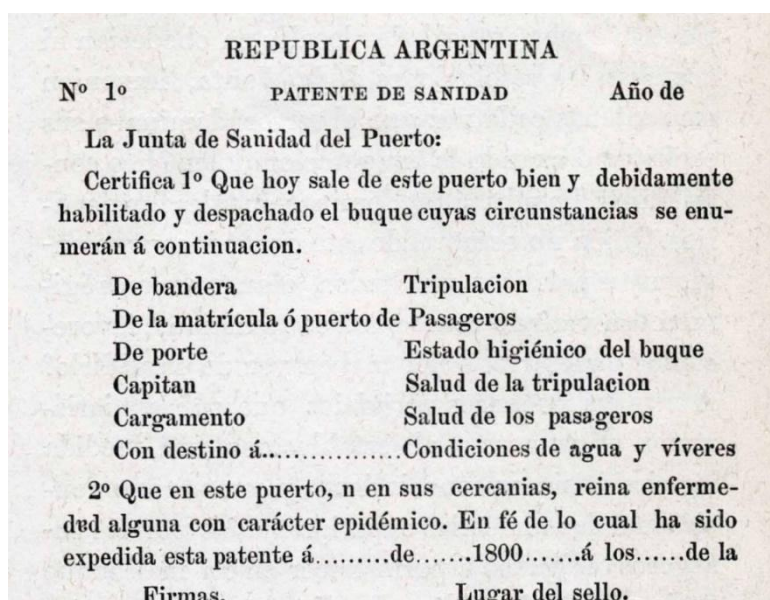


Figura 2.6: Nuevo modelo de Patente de Sanidad. Fuente: Madariaga (1884): 55.

En su paso por el Consejo de Higiene Pública la normativa recibió también algunas modificaciones. La intención de Mallo era instalar un lazareto en la Isla Martín García, pero el gobierno se limitó a reestablecer el de la Ensenada. El otro cambio se vinculaba con la duración de la cuarentena de rigor para personas. En este caso se incrementó el plazo de diez días a quince a raíz de varios casos de fallecimiento ocurridos en la rada exterior del puerto de Buenos Aires y, especialmente, por un hecho ocurrido en tierra. Concretamente en febrero de 1870 hubo un caso de epidemia en el *Hotel Roma*, ubicado en la calle Cangallo, por un pasajero enfermo que había llegado a puerto en el vapor francés *Poitou*, proveniente de Rio de Janeiro. La embarcación había dejado el puerto brasileño el 7 de febrero, llegando a Buenos el 18 del mismo mes. Había sido sometido previamente a cuarentena de diez días, pero a su llegada a

Buenos Aires el médico del barco certificó que no había enfermos a bordo. Lo cierto es que ya con los pasajeros en tierra se dieron distintos casos de fiebre amarilla en varios puntos de la ciudad, tomando mayor notoriedad el de Francisco Turett, pasajero del *Poitou*, que se alojó en el Hotel Roma, presentando síntomas y falleciendo el 22 de febrero. Se sumaron nuevos padecientes en las proximidades del hotel y otros a bordo del vapor inglés *Rosario* llegando a los doscientos enfermos. Estos casos llevaron a pensar que, ante ciertas enfermedades, los contagiados demoraban más tiempo en mostrar síntomas, por lo cual extender los tiempos era conveniente para prevenir nuevos eventos. Ante este panorama el Consejo de Higiene recomendó al gobierno enviar a los enfermos a casas particulares o fuera de la ciudad, poner a los otros residentes del hotel en observación por 15 días, que se desinfectaran las ropas de todos los residentes incluyendo a los fallecidos, que se fumigara el hotel por completo, finalmente que se “invitase” a los moradores de la manzana y de las propiedades aledañas a cambiar de localidad separándose la mayor distancia posible. La *Revista Médico Quirúrgica* señalaba que estas medidas iban en línea con lo aconsejado por la mayor parte de los higienistas: “(...) si una casa es en la que se desarrolla la enfermedad se desocupe, fumigue y aisle, si una cuadra, la cuadra, si una calle o un barrio, la calle y el barrio”.¹⁰⁹

No fue el único aspecto en que las propuestas y las decisiones de Mallo fueron contradichas, en algunos casos inclusive para imponer medidas más restrictivas. En su estudio sobre el sistema cuarentenario Carlos Madariaga señaló varios eventos en los que la falta de autonomía de las Juntas de Sanidad llevó a conflictos con los organismos de control de las provincias, que establecían cuarentenas en forma discrecional en contra de las resoluciones de las juntas.

Uno de ellos sucedió en el puerto de Corrientes el 20 de junio de 1870, caso que nos permite ver por un lado el rol de los cónsules argentinos en puertos internacionales y las dificultades para precisar ante que enfermedad se encontraban. En el contexto de la guerra de la Triple Alianza, la ciudad de Corrientes se había transformado en el principal nudo de comunicaciones y centro de abastecimiento de las fuerzas aliadas, implicando un crecimiento de las actividades económicas y del movimiento de las embarcaciones en su puerto. En ese flujo comercial era de vital importancia contar con información sobre la situación sanitaria de los puertos de origen de los barcos que llegaban a la ciudad.

El encargado de notificar a la Junta de Sanidad Central sobre la situación sanitaria en el Paraguay era el cónsul argentino radicado allí. En ese momento quien detentaba ese cargo era

¹⁰⁹ *Revista Médico Quirúrgica* (1870): 2

Félix Benítez. Sin embargo, a mediados de 1870 la Junta de Sanidad se enteró por los periódicos –en lugar de ser notificada por su cónsul como correspondía- de la aparición de casos de fiebre amarilla en Asunción. En vistas de esto le solicitaron informar sobre el estado sanitario de aquella ciudad, respondiendo el cónsul que no existía allí la enfermedad, sino que se trataba de otra afección conocida como “fiebre del país” cuyo cuadro sintomático duraba tres días.¹¹⁰ En consecuencia la Junta de Sanidad no ordenó tomar precauciones sobre las procedencias de Paraguay.

El 22 de junio de 1870 el Consejo de Higiene de la Provincia advierte que, a pesar de declarar lo contrario, Andrés Gindise capitán del vapor *Taraguy* estaba enfermo de fiebre amarilla y aun así las autoridades sanitarias del puerto de Corrientes le habían dado la libertad de desembarcar. Ante este riesgo el Consejo de Higiene trasladó al enfermo al Lazareto Municipal e impuso cuarentenas de diez días a los buques que llegaran de Asunción. Recién tres días después la Junta de Sanidad Central enviaría la misma orden a las autoridades de Corrientes. En la memoria de la Junta de Sanidad presentada por Mallo y Wilde se hacía recaer parte de la culpa en el cónsul que por ignorancia o mala interpretación no supo identificar la enfermedad en cuestión. Destacaban además que las juntas estaban en la obligación de creer en las declaraciones de los capitanes de los barcos. El capitán del *Taraguy* había declarado no tener novedades a bordo y negó la existencia de enfermedad sospechosa en el puerto de salida. Sobre esto Mallo y Wilde argumentaban que:

“Los Capitanes de buques saben que las ordenanzas de marina les impone la obligación bajo penas severas de decir la verdad sobre todos los acontecimientos de su viaje a las autoridades de los puertos con que hagan operaciones, pero esta obligación no es cumplida en países como el nuestro, donde las penas no se hacen efectivas , y los capitanes de los buques, en vistas de esta impunidad, prefieren sacar el lucro que el comercio les ofrece por la celeridad de los viajes, a cumplir con los sagrados deberes que las ordenanzas imponen”.¹¹¹

Los médicos de la Junta de Sanidad impulsaron en varias ocasiones la adopción de penas más onerosas contra los capitanes de barco. Las penas establecidas eran mayoritariamente económicas. Sin embargo, la relación entre el costo de la multa y las ganancias obtenidas del cobro de pasajes era muy ventajosa para los capitanes de barco, por lo que preferían correr el riesgo de ser detectados a suspender un viaje debido a no contar con las condiciones higiénicas suficientes.

¹¹⁰ Departamento de Guerra y Marina (1871): 536.

¹¹¹ Jankilevich (1999).

Finalizando la guerra el Capitán del puerto de Corrientes, alertado por medios extraoficiales de un brote de fiebre amarilla ocurrido a fines de 1870 en Asunción, ordenó el 2 de diciembre extremar las medidas frente a las procedencias de esa ciudad. Esta tarea implicaba especialmente al cónsul argentino que era el encargado de extender las patentes a los buques con destinos a puertos nacionales. A pesar de lo ocurrido anteriormente Félix Benítez continuó expidiendo patentes “limpias” a los barcos que salían de Paraguay, como mínimo hasta el 10 de diciembre, con consecuencias predecibles. Este hecho fue comunicado por las autoridades correntinas a la Junta de Sanidad Central citando el caso del vapor *Guaraní*, portador comprobado de fiebre amarilla pero con patente limpia expedida por el cónsul. A mediados del mismo mes se sucedieron varios casos de fiebre obligando a las autoridades locales a tomar medidas sanitarias de emergencia entre las cuales se encontraba la designación de un pontón para cuarentenas. Debido a la magnitud de la epidemia, el mismo Mallo fue enviado a la ciudad desde Buenos Aires, ordenando la aplicación de medidas sanitarias preventivas. Ellas incluían el sometiendo a cuarentenas rigurosas a todas las procedencias del Paraguay debiendo emitir un parte diario durante la misma, establecimiento de un punto cuarentenario en el sector del Río Paraná comprendido entre la Isla de Meza y la boca del Arroyo Ancho contando con un punto de guardia para evitar que la cuarentena fuera burlada.

Uno de los navíos puestos en cuarentena tuvo un fallecimiento y siete enfermos por fiebre amarilla lo que obligó a establecer un lazareto en tierra, directamente en la isla, para evitar la propagación del contagio dentro del barco. A pesar de los recaudos la epidemia se desató en Corrientes motivando que se extiendan las medidas sanitarias a los puertos de San Nicolás, Santa Fe y Paraná. Con la situación empeorando, habiendo partido de una relación de desconfianza inicial y a raíz de las diferencias con el cuerpo médico local, Mallo volvió a Buenos Aires el 31 de diciembre. La epidemia diezmo a gran parte de la población correntina dejando un saldo de 2.000 fallecimientos sobre un total de 11.218 habitantes. En lo operativo, la Junta de Sanidad del Puerto Central declaró al puerto de Corrientes como sucio, emitiendo patentes acordes a esto hasta el 8 de julio de ese año.

Este caso nos ayuda a comprender el entramado de actores involucrado en la tarea de detectar, prevenir y alertar sobre los posibles riesgos de contagio propios de la circulación marítima. Asimismo, permite ver las tensiones presentes entre los distintos organismos de policía marítima y las autoridades de gobierno locales. Esta relación incluía desconfianzas y temores que derivaban en decisiones contrarias tanto a las de las Juntas de Sanidad locales, como también a la centralidad de su homónima de Buenos Aires. En ocasiones previas las autoridades correntinas ya se habían valido de recursos para evitar el desembarco de tripulantes

provenientes de Paraguay. Los reglamentos no autorizaban al gobierno local a evitar que los tripulantes bajen de la embarcación, pero si podían impedir su ingreso a la ciudad. Así los pasajeros quedaban atrapados en la ribera entre el barco y el medio urbano.

Además del conflicto entre autoridades nacionales y provinciales otro de los desafíos para la Junta de Sanidad del Puerto Central continuaba siendo la visita sanitaria debido al escaso personal con que se contaba para realizarlas y la gran cantidad de barcos que llegaban día a día al puerto de Buenos Aires. En el informe de 1870 se destacaba que no se contaba con las embarcaciones necesarias para efectuar las inspecciones en los barcos que arribaban, pero "(...) aun cuando los tuviera, sería imposible recorrer en un día la línea que forma la rada exterior. Visitar cinco buques de gran calado en un día, es asunto serio puesto que ellos solos forman muchas millas, ¡que sería visitarlos a todos!"¹¹².

Esta sección del informe se refería a las condiciones físicas del puerto de Buenos Aires. Como ya mencionamos, la ciudad no contaba con un puerto natural debido a la poca profundidad del río, condicionante que obligaba a los barcos a fondear a gran distancia de la costa, en la llamada rada exterior, para bajar sus pasajeros y sus cargas a embarcaciones de menor dimensión. En repetidas ocasiones el viento y las mareas volvían esto sumamente dificultoso cuando no imposible. En rigor Buenos Aires no tenía un único puerto definido. Por un lado, existían las industrias, barracas, saladeros y astilleros instalados en ambas márgenes del Riachuelo, al sur de la ciudad, configurándose allí un puerto destinado a los productos manufacturados. Por otro lado, en relación con el centro de la ciudad fueron construidos sucesivamente muelles que permitían facilidades para el descenso de pasajeros y cargas. Es por esto por lo que, desde principios del siglo XIX, se sucedieron diversos proyectos para subsanar esta situación. En algunos casos estos proyectos fortalecían la importancia del sur mientras que en otras propuestas se jerarquizaba el centro político y administrativo. Los proyectos más ambiciosos buscaron vincular ambos sectores (**Figura 2.7 y 2.8**).

¹¹² Memoria presentada por el Ministro de Estado en el Departamento de Guerra y Marina al Congreso Nacional de 1870. Pág. 502.



Figura 2.7: Si bien existieron numerosos proyectos para el puerto de Buenos Aires todos debían subsanar la dificultad de la poca profundidad del río. Tomamos como ejemplo este proyecto que directamente proponía prolongar la costa artificialmente y generar malecones para proteger a las embarcaciones del viento y las mareas. Fuente: Tudury, G. (1854) *Plano general y fórmula del puerto de la ciudad de Buenos Ayres*.

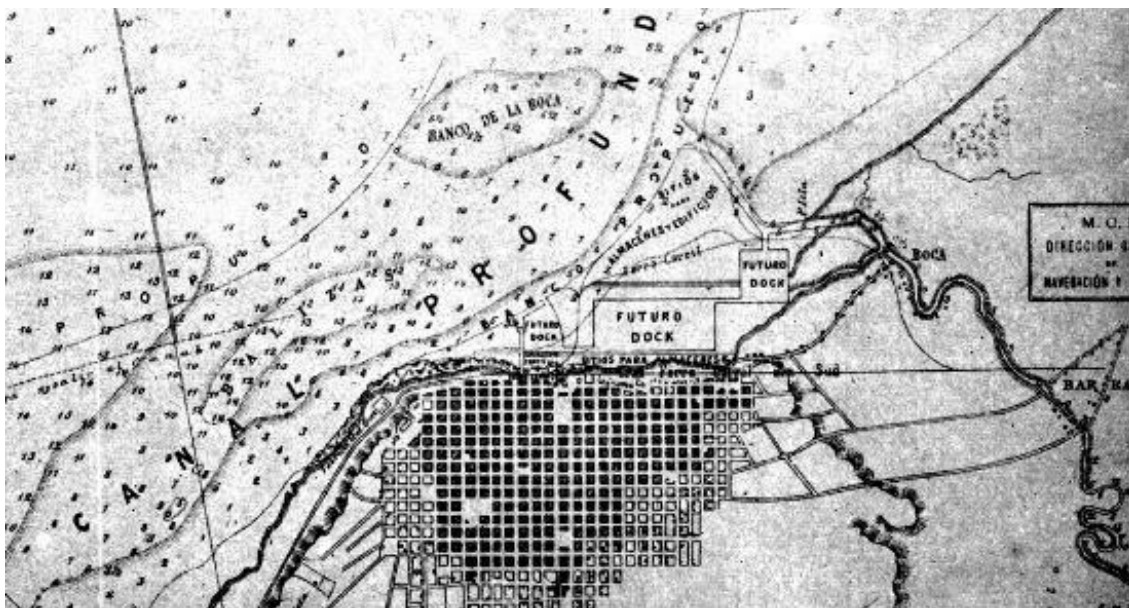


Figura 2.8: Proyecto de John Coghlan para el puerto de Buenos Aires. 1859. En esta propuesta el centro de la ciudad y las instalaciones del Riachuelo se vincularían mediante un sistema de tres docks interconectados. Fuente: Silvestri, G. (2004). *El color del río; historia cultural del paisaje del Riachuelo*.

Para el momento en que la Junta de Sanidad presentó este informe Buenos Aires aún estaba lejos de resolver el problema. Con las obras de los muelles de pasajeros y de la Aduana Nueva de 1855 se habían realizado algunas mejoras en la logística del puerto, aunque el avance tecnológico de los barcos demandaba obras más ambiciosas. Faltaban más de veinte años para que se inaugurara el proyecto de Puerto Madero. En otros puertos más avanzados descargar un barco de 500 toneladas demandaba de 10 a 12 días. En el de Buenos Aires esto demoraba 100. Por su parte los médicos debían recorrer las largas distancias que se dejaban entre barco y barco, para evitar que se golpearan entre sí, para poder realizar las inspecciones (**Figura 2.9**).



Figura 2.9: Infraestructuras con las que contaba Buenos Aires para el arribo de pasajeros previas a las obras de Puerto Madero. 1860. Pueden verse el espigón de la Aduana nueva y el muelle de pasajeros. Los barcos de gran calado quedaban anclados por fuera, en la rada exterior. Fuente: Centro de Arqueología Urbana. IAA FADU UBA.

El organismo claramente tenía dificultades operativas que limitaban su accionar como policía portuaria. En su *Estudio sobre las epidemias de fiebre amarilla en el Rio de la Plata* de 1895 José Penna, por entonces ya un reconocido médico, señalaba las enormes limitaciones que tenía el sistema:

“Dos médicos y un militar (Mallo, Wilde y Bustillo respectivamente) formaban toda la autoridad sanitaria marítima de nuestro país, no tenían ni un lazareto, ni empleados, ni elementos para practicar la desinfección, no contaban con el concurso de algunas autoridades argentinas residentes en ciertos países extranjeros y aun en nuestro país.”¹¹³

Claramente esta falta de recursos condicionó la efectividad del organismo, además de que había diferentes vías para evadir los controles. Se sabía de casos en que algunos pasajeros con destino a Buenos Aires provenientes de puertos “sucios” bajaban en puertos con medidas sanitarias poco rigurosas, cambiando luego a un barco cuya procedencia no levantara sospechas.

¹¹³ Penna (1895):40.

A pesar de esto, la Junta de Sanidad en su primer año derivó a cuarentena a 97 embarcaciones de las 1739 que habían llegado a puerto.

No obstante, los casos de detección exitosa también resultaban conflictivos. En ocasiones estos eventos eran utilizados como una oportunidad para atacar la falta de presupuesto que el gobierno destinaba a la prevención sanitaria. El 2 de febrero el vapor inglés *Douro* llegó al puerto de Buenos Aires proveniente de Río de Janeiro. Había intentado recalar en Montevideo, pero ante la posibilidad de que se le impusieran un control sanitario cambió su rumbo hacia el Brasil. Ante esta situación las autoridades locales le impusieron una cuarentena previendo posibles nuevos casos de fiebre amarilla. La noticia fue aprovechada por los opositores políticos para cuestionar la falta de establecimientos de cuarentena necesarios.¹¹⁴ Esto no era una cuestión menor.

En marzo de ese año un conflicto similar tomó una notoriedad mucho mayor. Dos vapores ingleses, el *Oneida* y el *City of Rio de Janeiro*, permanecían en cuarentena en el puerto de Buenos Aires. Los pasajeros protestaban por haber sido reunidos en el lazareto existente, habiendo un fallecido reciente en el *Oneida* y enfermos sospechosos en el *City*. Se sumaba la protesta sobre las características del lazareto, su “mal estado (...), falta de comodidad, de servicio y hasta de lo más esencial para la vida”.¹¹⁵ Los cónsules extranjeros elevaron sus quejas al gobierno por esta situación, ante lo cual el presidente Domingo F. Sarmiento dispuso que se los pusiera en libre circulación. Pero Mallo se negó a cumplir la orden argumentando que se ponía en riesgo a la población al no haber transcurrido ni diez días desde la muerte del pasajero del *Oneida*. Su negativa motivó una orden de arresto por parte de Sarmiento. En su primer año en ejercicio como médico de puerto Mallo fue encarcelado durante dos días en el edificio de la Capitanía. Parte de la prensa repudió este accionar haciendo hincapié en la invasión de atribuciones por parte del Poder Ejecutivo sobre el Consejo de Higiene. La corporación médica también respondió a través de la *Revista Médico Quirúrgica*, donde Mallo era redactor. Defendiendo el accionar médico decían:

“Nuestros Gobiernos han acostumbrado abusar de su autoridad permitiendo ante sí y por la libre entrada y salida de pasajeros y buques sin consultar a los hombres de la ciencia, preciso es que el Gobierno del Sr. Sarmiento aleje todo justo temor que el pueblo tiene de la introducción de huéspedes tan terribles como la fiebre amarilla y el cólera (...) al Dr. Mallo le

¹¹⁴ González Leandri (1999):89.

¹¹⁵ *Revista Médico Quirúrgica*. 1870, año 6, n°24, pág. 415.

queda la satisfacción de haber cumplido con su deber, y si por desgracia la fiebre amarilla nos invade toda la responsabilidad caerá sobre el gobierno que no ha querido ser prudente".¹¹⁶

Sarmiento, por su parte, defendió su decisión a través de una serie de artículos en el periódico *El Nacional*. Allí argumentaba que las cuarentenas se hallaban en desuso en varias partes del mundo, en especial en Inglaterra, debido a que existían serias dudas sobre el contagio directo de persona a persona. El ejemplo de Sarmiento no es casual, aunque tendencioso. Dentro de Europa Inglaterra era una de las potencias más reticentes a la imposición de cuarentenas. Su necesidad de intercambio libre con sus colonias y el resto de las potencias portuarias en el auge del *free trade* era fundamental para su economía. En ese sentido cualquier medida que retrasara el comercio resultaba contraproducente. Sin embargo, su rechazo a las cuarentenas era ambivalente y en muchos casos, luego de períodos de abandono de la medida, debía volver a adoptarla por la presión pública frente a casos de epidemias a bordo.¹¹⁷

La memoria de la Junta de Sanidad de ese año, su primero en ejercicio, no hace una mención directa al conflicto entre Mallo y Sarmiento, aunque se vale de ciertas metáforas para enviar un mensaje. Luego de recordar el enorme honor que representa la misión que el gobierno le ha encomendado, tarea que necesitaba de madurados conocimientos, los médicos apelaron a un ejemplo militar:

“Por reales o supuestas exigencias de la guerra, los jefes resuelven sin apelación; por pretendida suficiencia u orgullo desdeñan oír al cuerpo médico, y otras veces, por simple olvido, hijo de una falta de previsión, los jefes no toman a los médicos su opinión sobre ciertas medidas que una prudente higiene no aconsejaría. El tifus y el cólera de Crimea, como el cólera de Curupaity, pudieron tal vez haberse evitado.”¹¹⁸

A pesar de la capacidad retórica de los médicos, parcialmente Sarmiento estaba en lo correcto. Había serias dudas sobre la forma de contagio de las distintas enfermedades que derivaban en que el aislamiento permaneciera como estrategia vigente.

Nuevamente esto ponía en primer plano la problemática de la ausencia de un lazareto donde poder derivar los casos.¹¹⁹ En su primera memoria la Junta de Sanidad ya exponía la necesidad de un lazareto internacional fruto de un convenio del mismo tenor con Uruguay y Paraguay que previniera la entrada de las enfermedades. En esto Uruguay ya aventajaba a

¹¹⁶ *Revista Médico Quirúrgica*. 1870, año 6, n°24, pág. 416.

¹¹⁷ Harrison (2012): 80.

¹¹⁸ *Departamento de Guerra y Marina* (1870): 499.

¹¹⁹ *Departamento de Guerra y Marina* (1870): 534.

nuestro país, habiendo establecido un lazareto en la Isla de Flores, cercana a Montevideo. Luego de la epidemia de fiebre amarilla de 1857 cada sospecha de enfermos a bordo de los barcos volvía a recordar aquellos acontecimientos. Así durante el gobierno de Venancio Flores comenzaron las obras del lazareto. Conocidas las posibilidades de llegar o escapar del antiguo lazareto de la Isla de Ratas con relativa facilidad se optó por instalar el nuevo establecimiento en la Isla de Flores, también cercana, pero a una distancia suficiente para evitar las fugas. (Figura 2.10 y 2.11)

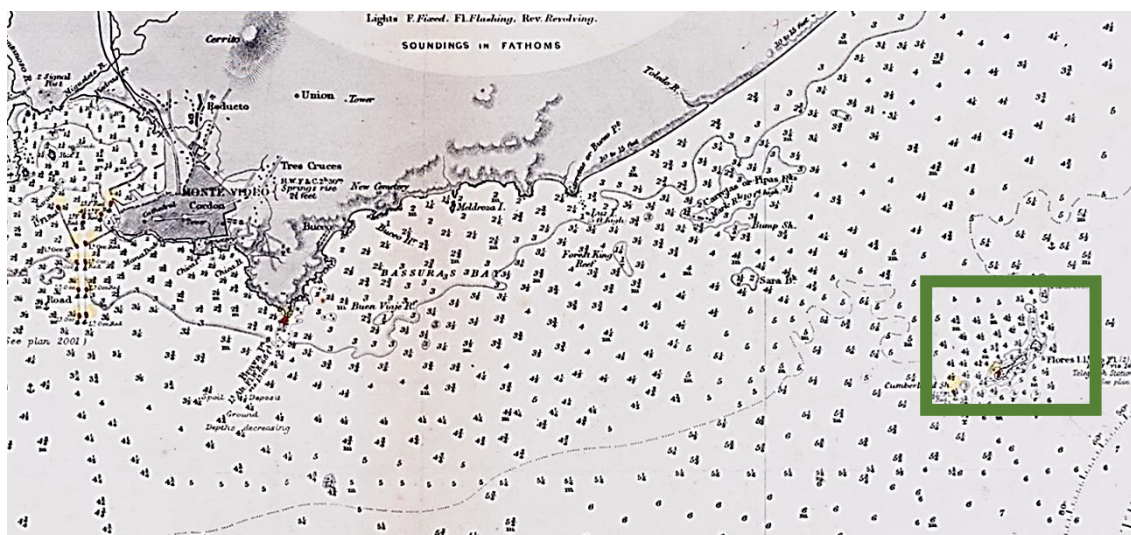


Figura 2.10: Relación entre Montevideo – arriba a la izquierda- y la Isla de Flores –recuadro verde-. Fuente: Wharton (1875).

La isla se caracterizaba por tres elevaciones que en épocas de marea alta se podían identificar como secciones separadas. Lo más frecuente era que la tercera parte (arriba a la derecha en la **Figura 2.11**) fuera la que quedara incomunicada, mientras que la primera y la segunda permanecieran en contacto. Esta división permitió, con el tiempo, dividir las instalaciones del lazareto. En la primera parte se ubicó el “lazareto limpio”- para pacientes en observación- en la segunda parte se instaló el hospital para infectocontagiosos y el cementerio. Finalmente, en la tercera parte, la más alejada, se construyó el “lazareto sucio” – para enfermedades exóticas que contaba también con un hospital y un centro de desinfecciones. Comparado con las instalaciones rápidas de lazaretos provisorios y los lazaretos flotantes el establecimiento de la Isla de Flores representaría una respuesta arquitectónica moderna, aunque para eso hubo que esperar varios años. Las condiciones propias de la isla dificultaban la llegada de materiales, recién en 1876 se contó con un muelle que permitía la descarga y el desembarco de cargamentos y personas.

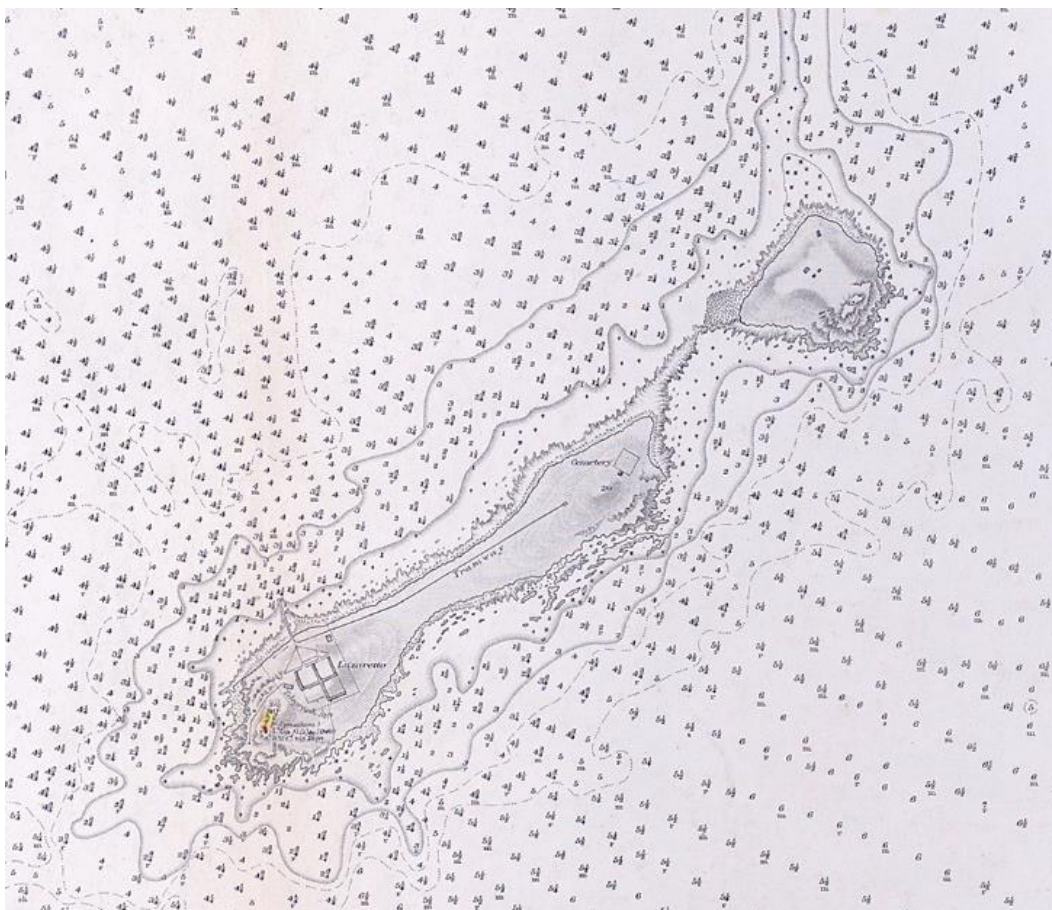


Figura 2.11: Isla de Flores. Fuente: Wharton (1875).

A pesar de esas limitaciones, las instalaciones ya presentes en el lazareto oriental representaban una situación superadora de la del lazareto de Buenos Aires. Las instalaciones de la primera y la segunda isla ya estaban listas incluyendo el cementerio que había inaugurado en enero.¹²⁰ La propuesta de los médicos de la Junta de Sanidad local era que, mediante un acuerdo internacional, el lazareto de la Isla de Flores sirviera a ambos países¹²¹ y permitiera abandonar el lazareto de la Ensenada que estaba:

“Situado en un terreno bajo, anegadizo y muy pequeño, de reciente formación geológica, rodeado de vegetales en putrefacción incesante, con un pequeño arroyo que lo circunvala casi sin corriente y cenagoso, lo que lo equipara a un estero, con un edificio ruinoso incómodo y sucio, no sabemos en verdad, como fue elegido para este objeto. (...) Sin guardias allí, con la población a seis cuadras de distancia, con la comunicación fácil, (...) comprendese la

¹²⁰ Lagguth.; Varese (2000):128.

¹²¹ Según Lima Chaves hasta que Argentina construyó el lazareto en Martín García se enviaban barcos en cuarentena desde Buenos Aires a la Isla de Flores, aunque no hemos encontrado evidencia al respecto. Lima Chaves (2009):90.

facilidad de la transmisión, importación y propagación de cualquier epidemia que allí existiera a los demás pueblos de la República.”¹²²

En el caso de no poder llegar a un acuerdo se sugería erigir un lazareto en la Isla Martín García que se encontraba a cuatro horas de viaje desde el puerto, contaba asimismo con instalaciones portuarias propias que permitían la llegada de barcos de buen porte y tenía condiciones de salubridad y aireación.

2.3. Los médicos de puerto frente a la epidemia de fiebre amarilla de 1871

Tanto los últimos casos ocurridos en el puerto como los sucesos de Corrientes de cierta manera anticiparon lo que ocurriría a principios de 1871 en Buenos Aires, evento que luego sería conocido como la gran epidemia de fiebre amarilla. Ciertamente hubo visiones encontradas sobre cuál era la enfermedad que comenzaba a aparecer en la ciudad, lo cual evidencia las dificultades para poder identificar con certeza entre distintas afecciones. Los primeros casos se sucedieron a fines de diciembre de 1870, cobrando mayor notoriedad tres fallecimientos ocurridos en la parroquia de San Telmo a fines de enero de 1871. Sin embargo, el primer acercamiento de las autoridades, los médicos y la prensa fue restarles importancia a estos casos y atribuirlos a hechos aislados. Recién en febrero de 1871 las autoridades reconocieron la presencia de la enfermedad, a pesar de lo cual numerosos artículos en la prensa lo desestimaban.¹²³ Tanto en el periódico *El Nacional*, como en *La República* médicos y particulares sostenían que lo que estaba presente en la ciudad no era fiebre amarilla. Fue finalmente Wilde el que confirmó el diagnóstico a través de un artículo publicado tanto en la *Revista Médico Quirúrgica* como en el diario *La República*.¹²⁴

Luego de los casos en el barrio de San Telmo fueron sucediéndose nuevos episodios en el resto de la ciudad provocando numerosas muertes. Rápidamente la capacidad del Cementerio del Sud se vio saturada, demandando que se construyera otro cementerio en la Chacarita el 14 de abril, y un Lazareto municipal. El saldo total fue de 14.467 muertos y 145.255 emigrantes que escaparon de la ciudad sobre una población de 198.680 personas.¹²⁵ En este punto la postura de la prensa se dividió en dos. Por un lado, periódicos como *La Nación* y *La Prensa*, más cercanos al mitrismo, apoyaron la acción de la Comisión Municipal y del Consejo de Higiene, al que

¹²² *Departamento de Guerra y Marina* (1870): 508.

¹²³ Scenna (2009): 211.

¹²⁴ Penna (1895):29

¹²⁵ Sobre los datos de población, emigración y fallecimientos nos hemos referido a los valores publicados en Penna (1895): 65. El dato de fallecimientos surge de la cantidad de defunciones registradas en el Cementerio del Sud y de la Chacarita, estudios posteriores mencionan estas cifras como las más precisas.

sugerían dotar con atribuciones ejecutivas que le permitieran actuar en forma más directa.¹²⁶ Por el contrario, *La República* y *La Tribuna* adquirieron un espíritu más confrontativo y de denuncia de las múltiples falencias de las autoridades municipales para determinar las causas y establecer medidas frente a la emergencia.

En cuanto a los orígenes, las teorías fueron varias, tanto durante como después de pasada la enfermedad. La mayoría sin embargo se basaba en los postulados miasmáticos y de los focos de infección. Siguiendo el diario de Maldoqueo Navarro podemos ver como la prensa y las comisiones populares apuntaron sucesivamente al estado de higiene del Riachuelo, los saladeros y los conventillos donde vivían los inmigrantes, todos elementos urbanos de mayor concentración al sur de la ciudad, donde los casos de fiebre amarilla aparecieron primero. A nivel regional esto no era algo novedoso. Como hemos mencionado, durante la epidemia ocurrida en Montevideo se planteó la teoría del barrio de la Dársena como foco de infección. Se trataba del sector de la ciudad donde la acumulación de basura generaba zonas pantanosas. Allí también vivían muchos inmigrantes dedicados a tareas vinculadas al puerto y fue el lugar que presentó un mayor número de casos de la enfermedad.

En cuanto al accionar de las distintas autoridades y dependencias médicas, tanto la Comisión Municipal como el Consejo de Higiene fueron señaladas por la ambigüedad de los primeros diagnósticos, la falta de información y la postergación en la formulación de medidas concretas para hacer frente a la epidemia. Si bien no existían pruebas concretas la Capitanía del Puerto Central y la Junta de Sanidad también fueron hechas responsables de la entrada de la epidemia a Buenos Aires.

Para ciertos sectores era evidente que la enfermedad había ingresado desde Brasil al Paraguay, de ahí a Corrientes y finalmente arribado por barco a Buenos Aires. Los miembros de la Junta en su defensa presentaron una hipótesis nuevamente alineada con la idea de los “miasmas” y los “focos”. La enfermedad decían, podría haberse producido por gérmenes latentes que quedaron de la epidemia del *Hotel Roma* “(...) para despertar en Enero del 71, bajo la influencia del calor, de la humedad o de la X misteriosa engendradora de los males y diezmar la población”.¹²⁷ Bajo esta teoría la epidemia no se había producido por una nueva entrada de pasajeros infectados que no habían sido detectados, sino por un brote surgido de un caso previo en el que, recordemos, fue la certificación del médico de a bordo la que permitió el desembarco en la ciudad.

¹²⁶ González Leandri (1999): 94

¹²⁷ *Departamento de Guerra y Marina al Congreso Nacional* (1871): 526.

Otra hipótesis, que también eximía de responsabilidad a la Junta, era la de un brote espontáneo posibilitado por las condiciones propias de la ciudad, nuevamente negando la posibilidad de una entrada que haya podido saltar los controles reglamentarios. En su favor la Junta recordaba que había ordenado extremar las medidas de control aplicando visitas sanitarias en los puertos de Tigre, San Fernando y La Boca, además de tomar medidas preventivas en los puertos no habilitados de San Pedro, Baradero y Zárate. Estableció también lazaretos flotantes en Bella Vista y Goya para las procedencias de Paraguay y Corrientes. En estos argumentos claramente estaba presente un intento por defender todas estas acciones y la propia labor profesional, en forma similar al Consejo de Higiene que también necesitaba consolidarse como institución médica. Sin embargo, estas hipótesis eran inclusive contradictorias con lo sostenido en la formulación del reglamento de sanidad elaborado por la propia Junta. También resultaba contrario al diagnóstico sobre la epidemia de 1870 en el que aseguraban que fue un pasajero enfermo del vapor *Poitou* el que provocó el brote epidémico. Como bien señalaba en su estudio Penna:

“Si la fiebre amarilla no era importable, ¿a qué venía esa profilaxia de los puertos? ¿Por qué la patente de sanidad? ¿por qué la cuarentena? (...) La fiebre amarilla fue llevada del Brasil, donde reinaba epidémicamente en algunos de sus puertos, primero al Paraguay, de aquí se propago a Corrientes, y de Corrientes a Buenos Aires: tal fue el camino seguido, y el vehículo, navíos contaminados que sufrieron jamás un tratamiento sanitario suficiente.”¹²⁸

Las contradicciones internas de las dependencias médicas dieron lugar nuevamente a que las Comisiones Populares cobraran legitimidad, al igual que durante la epidemia de cólera. Allí se mezclaban políticos, empresarios y periodistas, de entre los cuales podemos destacar a Rufino Varela, director del diario *La Tribuna*, uno de los más críticos de la gestión de la Comisión Municipal.

Así, el intento de consolidar su lugar de saber por parte de la corporación médica chocaba con instituciones civiles, en cierta forma autoconvocadas, que disputaban sus atribuciones durante una emergencia de grandes dimensiones. Cabe señalar que dentro de la Comisión Popular también había numerosos conflictos, de entre los que vale la pena destacar la reticencia de profesionales de enfrentar o ignorar en pleno las directivas del Consejo de Higiene. A pesar de las diferencias internas entre grupos de médicos, prescindir del Consejo era en algún punto percibido como un ataque a su propio rol y posición, que se sumaba a la conformación no

¹²⁸ Penna (1895):51.

puramente profesional de las Comisiones Populares, las cuales incluso llegaron a desplazar a médicos de creciente trayectoria.¹²⁹

En ese sentido se destaca el caso de la Comisión Parroquial de San Telmo que nombró como su médico a Eduardo Wilde. Por diferencias internas con los vecinos miembros de la comisión Wilde renunció rápidamente, lo mismo que sus sucesores. Juan Ángel Golfarini primero y Pedro Mallo después, dejaron su puesto al poco tiempo de asumir. Los médicos del puerto eran desplazados por miembros no profesionales de las Comisiones Parroquiales que en algunos casos tomaban medidas contrarias a las directivas de los órganos oficiales.¹³⁰

Estas tensiones comenzaron a decaer en la medida en que los casos de fiebre amarilla disminuyeron. En ese contexto las comisiones comenzaron a diluirse, en muchos casos en un proceso potenciado por sus propios conflictos internos. Para el cuerpo médico la experiencia de la epidemia marcaba la necesidad de fortalecer los vínculos con las autoridades gubernamentales si querían volverse actores incluidos en las políticas públicas. En su postergado discurso de inauguración de sesiones en la cámara de senadores, el presidente Sarmiento parecía reconocer la necesidad de cambios. En julio, con la epidemia superada afirmaba:

“Hay ciertas obras públicas que hoy constituyen el organismo de las ciudades y cuya falta puede exponerlas a las más serias catástrofes. Las nuestras han venido acumulando su población, merced al impulso vivificador del comercio, sin que se pensara en la ejecución de aquellas y se advirtiera el peligro. La lección ha sido severa y debemos aprovecharla.”¹³¹

Ya en marzo el Concejo Deliberante de la capital había ordenado la clausura de los cementerios del norte y del sur ante el riesgo de que fueran posibles focos infecciosos, dejando solo habilitado el de la Chacarita ubicado a suficiente distancia de la ciudad consolidada.¹³² Poco tiempo después, en septiembre, un proyecto de ley para la construcción de un lazareto de ambos sexos en la ciudad fue presentado en la Cámara de Senadores con un importante presupuesto.¹³³

No obstante, un año después podemos ver que continuaban los problemas para la Junta de Sanidad Central. En este caso no tuvo que ver con la escasez de recursos sino con lógicas de procedimiento en el caso de la embarcación *Charles Fortiers*, lo cual le valió un duro intercambio

¹²⁹ González Leandri (1999): 99.

¹³⁰ González Leandri (1999): 100.

¹³¹ Acta de la apertura de las sesiones del Congreso Legislativo Federal en su periodo de sesiones ordinarias de 1871. Pág. 9

¹³² Penna (1889):261. En rigor solo el Cementerio Sur fue desactivado mientras que el del Norte siguió recibiendo cadáveres.

¹³³ Diario de sesiones de la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. (1871):454

con las autoridades del Consejo de Higiene. El 21 de noviembre de 1872, esta barca norteamericana que trasladaba carbón fondeó en el puerto de Buenos Aires proveniente de Glasgow, habiendo hecho escala solo en Liverpool y contando con patente limpia.

Según declaraciones posteriores de su capitán, U.B. Sinetti, uno de sus marineros, Hon Seenrenger, había enfermado el 18 de noviembre, tres días antes de llegar a Buenos Aires, presentando síntomas no asimilables a los de la fiebre amarilla. Ya habiendo pasado los controles del puerto el 24 de noviembre, su estado empeoró por lo que fue trasladado al día siguiente al Hospital Inglés sin permiso alguno, falleciendo seis horas después de ser ingresado. En la autopsia realizada se encontraron indicios de que podía tratarse de un caso de fiebre amarilla, lo que obligó a las autoridades a informar al Consejo de Higiene y al capitán de la embarcación a presentarse ante la Junta de Sanidad. Sinetti fue precavido al declarar la sintomatología de Seenrenger, sosteniendo que no presentaba dolores de cabeza, ni fiebre, ni debilidad, síntomas habituales de fiebre amarilla. Probablemente se extralimitó al decir que, una vez sacado el enfermo, fumigó solo por precaución y que desde que conocía a Seenrenger siempre le había “notado un color amarillo pajizo” en su piel.

El Consejo de Higiene dirigió una nota al gobierno solicitando que se establecieran medidas precaucionales y cuestionando la labor de la Junta de Sanidad que no había notado que un enfermo fue bajado de un barco. A esta acusación la junta respondió que una vez que una embarcación ha sido admitida en un puerto local sus tripulantes comenzaban a tener los mismos derechos que los habitantes de la Nación. A partir de ese punto los capitanes podían proveer los primeros auxilios a los enfermos y luego comunicar a tierra. De todas maneras, en este caso el capitán tenía la obligación de notificar primero a las autoridades sanitarias del puerto antes de efectuar cualquier traslado. En su respuesta a las acusaciones del Consejo de Higiene, la Junta de Sanidad sostuvo que el fallecimiento de Seenrenger no se debió a fiebre amarilla en tanto que, a su criterio, esa enfermedad no podía haber surgido espontáneamente en un medio aislado, en este caso el barco, que había tenido 75 días de travesía sin hacer escala en ningún puerto y habiendo permanecido sin ningún contacto desde su llegada a Buenos Aires.

Lo que subyace del intercambio entre ambos organismos es la diferencia de criterios en cuanto a la validez de las declaraciones del capitán. Para el Consejo las observaciones del capitán carecían de valor en cuanto esta persona no cuenta con el conocimiento necesario para poder establecer un diagnóstico. La Junta por el contrario tomaba las declaraciones de los capitanes como fuente válida a partir de la cual otorgar o no los permisos de libre plática correspondientes. Sostenían que “(...) los capitanes de barcas como la *Charles Fobes* (sic) tienen por necesidad que hacerse prácticos en medicina no pudiendo costear médico (...)”. En este caso sin embargo los

resultados de la autopsia parecieron inclinar la balanza a favor del Consejo. Aun con la experiencia de la epidemia de fiebre amarilla faltaba mucho para contar un sistema de prevención sanitario óptimo para el principal puerto de la nación.

En este capítulo hemos abordado el proceso de organización de la defensa sanitaria portuaria, con centro en la ciudad de Buenos Aires, pero con un alcance regional mayor. En este recorrido pudimos ver los alcances y limitaciones de la Junta de Sanidad ante las epidemias y su relación con otros organismos del estado y la opinión pública. Como institución en formación que adquirió numerosas responsabilidades debió formular nuevos reglamentos y fomentar transformaciones internas de manera de hacer frente al creciente número de embarcaciones que arribaban a los distintos puertos nacionales.

A pesar de su relevancia fue ampliamente discutida, tanto por otros profesionales de la medicina como por la prensa que la hicieron responsable de la entrada de las distintas enfermedades como también de la interrupción y el retraso de las actividades económicas del puerto, que en ese momento motorizaban a la ciudad.

Si lograr unificar criterios entre las Juntas de Sanidad de los puertos nacionales y los otros organismos del Estado ya resultaba un desafío, en el próximo capítulo abordaremos la mucho más ambiciosa tarea de establecer acuerdos con los otros puertos sudamericanos. La experiencia europea demostraba que el intento individual de contención de las enfermedades resultaba infructuoso. Lograr una alianza a nivel regional parecía ser la única manera efectiva de evitar la entrada de las epidemias.

CAPITULO 3

HACIA UN REGLAMENTO INTERNACIONAL

“(…) no hay más medidas que oponer a la importación de los males epidemiables exóticos, que lazaretos y cuarentenas como medidas de aislamiento.” Proyecto de Convención Sanitaria Internacional.

En este capítulo proponemos abordar la organización y los debates de la primera Conferencia Sanitaria Internacional de América ocurrida en Montevideo en 1873. En dicho encuentro participaron las tres naciones de mayor importancia comercial fluvial del Atlántico sudamericano: Brasil, Argentina y Uruguay. Sin embargo, inicialmente esto no fue pensando así.

En primer lugar, presentaremos los conflictos y discusiones que llevaron a la necesidad de organizar un encuentro de este tenor, inicialmente entre Argentina y Uruguay; al que se incorporó luego Brasil después de duros intercambios que involucraron a los delegados internacionales de los tres estados. Como ya hemos mencionado, estos encuentros no involucraban únicamente a los profesionales de la medicina, sino también a enviados diplomáticos con un interés especial en la dimensión comercial y política del encuentro internacional.

A diferencia de las primeras convenciones europeas, en la que cada estado participante enviaba un médico y un diplomático, en el encuentro sudamericano cada delegación sumaba un galeno más. Como representantes médicos de la Argentina fueron elegidos los dos que estaban a cargo de la Junta de Sanidad del Puerto Central, Eduardo Wilde y Pedro Mallo. Sin embargo, un mayor número de médicos no implicaba necesariamente el viraje de las discusiones a un terreno netamente científico. Por el contrario, en algunos de sus argumentos encontramos una búsqueda de balance entre los intereses sanitarios, políticos y comerciales.

Esto nos acerca a la figura planteada por Gonzalez Leandri del médico-político, que se posiciona “(…) como constructor y producto tanto del Estado como de su profesión”,¹³⁴ en especial en la figura de Eduardo Wilde. Ya hemos mencionado que en, las conferencias europeas, el voto individual permitía el disenso entre el enviado médico y el diplomático. En el caso del encuentro sudamericano se acordó un único voto por cada estado participante, lo que no impidió que se produjeran acuerdos cruzados entre profesionales de naciones distintas. Esto

¹³⁴ González Leandri (1999):430.

resulta interesante en el caso de Wilde y Mallo que hasta el momento habían respondido institucionalmente y en bloque a los cuestionamientos hechos desde distintos ámbitos a la Junta de Sanidad del Puerto Central.

Analizar este encuentro permite ver sus diferencias en particular, como también la mirada de otros médicos sudamericanos en relación con temas cruciales: la duración de las cuarentenas, el protocolo de aplicación para las inspecciones o el grado de rigor a emplear frente a una embarcación sospechosa de tener tripulantes enfermos a bordo, fueron cuestiones complejas que motivaron fuertes discusiones y permanentes desacuerdos.

Las conferencias sanitarias sudamericanas han sido escasamente estudiadas. A diferencia de las conferencias europeas que han recibido una mayor atención (Howard-Jones, 1975), la relevancia de los encuentros locales como espacios de debate y definición de las políticas sanitarias y comerciales ha sido menospreciada. En este capítulo buscaremos darles una mayor entidad reconociéndolas, no solo como foros de intercambio internacional, sino también como uno de los espacios donde los médicos buscaron legitimación para su profesión, como actores relevantes y necesarios para diseñar políticas públicas. En ese sentido el más claro, y prácticamente único, antecedente lo constituye la investigación de Cleide de Lima Chaves “*As Convenções Sanitárias Internacionais entre o Império Brasileiro e as Republicas Platinas (1873 e 1887)*”. Dicho trabajo constituye la pesquisa más profunda en esta temática. La autora abordó el contexto en el cual se realizaron ambas convenciones, sus dinámicas internas y los resultados alcanzados; principalmente valiéndose de reservorios de Brasil y Uruguay.

En este capítulo pondremos ese relato en dialogo con los documentos disponibles en el Archivo Histórico de la Cancillería Argentina (AHC). Esto nos permitirá ver las intenciones del gobierno local en relación con el encuentro, las ordenes impartidas a sus delegados, y la percepción, en términos de logros y derrotas, una vez finalizada la convención. Cabe destacar que en el marco de esta conferencia sucedió también un acuerdo internacional entre Argentina y Uruguay para la construcción de lazaretos internacionales, tema central para esta investigación, pero de escaso abordaje en el trabajo de Lima Chaves. Nos proponemos observar este encuentro paralelo, entendiendo sus dinámicas internas y buscando comprender su alcance en términos de planificación territorial.

Previamente hemos afirmado que los postulados logrados en estas convenciones muchas veces no eran ratificados con fuerza de ley por los estados participantes. Sin embargo, en próximos capítulos veremos como a pesar de ello parte de los postulados aquí planteados fueron puestos en práctica para la reformulación de protocolos y reglamentos. Además,

sostenemos que las determinaciones a las que los diplomáticos arribaron en esta conferencia tuvieron posteriormente correlatos urbanos y territoriales concretos. Analizar esta conferencia nos permitirá ver un dialogo entre delegados de tres naciones en el que se pusieron de manifiesto distintas tensiones relativas a la sanidad, el comercio y la inmigración.

El cierre de este capítulo nos permitirá contrastar fuertemente los tiempos de los acuerdos diplomáticos con los tiempos más apremiantes que imponían las enfermedades contagiosas. Así, ante una posible nueva epidemia, se pondrá de manifiesto la diferencia de velocidades entre la diplomacia internacional, la burocracia estatal y la propagación de las enfermedades en el medio urbano.

3.1. “Preservarse de los puertos que no se preservan”, la necesidad de acuerdos entre las ciudades-puerto del Atlántico Sudamericano

Anteriormente hemos mencionado la intención de los médicos de la Junta de Sanidad del Puerto Central de establecer un acuerdo internacional con la República Oriental del Uruguay. Ese planteo, que incluía compartir un lazareto internacional, ya estaba presente en la memoria de la institución de 1870, es decir a un año de su creación. Esto era comprensible teniendo en cuenta que el flujo de pasajeros desde y hacia Uruguay, y Montevideo en particular, era el más numeroso, aún mayor que el flujo interno entre Buenos Aires y los puertos del Paraná (**Figura 3.1**).

	Europa	Uruguay y Montevideo	Parana	Patagones
Entradas	12760	23778	16402	147
Salidas	1317	15907	12516	30

Figura 3.1: Cuadro comparativo del movimiento de pasajeros del puerto de Buenos Aires. Fuente: Memoria del Ministerio de Guerra y Marina de 1872. Pág. 11.

Buenos Aires aun no resolvía la problemática de su puerto lo que implicaba que algunas cargas con destino a esta ciudad recalaran primero en Montevideo, fueran luego transbordadas a embarcaciones más pequeñas, para finalmente ser trasladadas a su destino final.

Para los médicos de la Junta de Sanidad la fluidez de los intercambios demandaba la necesidad de establecer cuarentenas con criterios similares, aspecto en el que no había acuerdo por falta de predisposición de la Junta uruguaya y que motivó en varias oportunidades la puesta en cuarentena de procedencias de los puertos orientales. Según Wilde y Mallo la falta de cooperación se daba en varios aspectos. Por ejemplo, ante la notificación del cónsul argentino en Gibraltar de la presencia de fiebre amarilla en puertos españoles la Junta local estableció

cuarentenas a las procedencias de dichos puertos, informando a la vez a la Junta de Montevideo para que pudiera hacer lo propio siendo que había dos embarcaciones con destino a esa ciudad. Según los médicos esas gentilezas no eran recíprocas.

La erección de un lazareto internacional, preferentemente en la Isla de Flores, era otro punto importante sobre el que tampoco se había podido avanzar. Y es que la idea de establecer una administración común, entre ambos estados, sobre una de islas del Río de la Plata se sumaba al conflicto, aún sin resolver, de la jurisdicción del propio río.¹³⁵ En efecto, aún no había un acuerdo entre Uruguay y Argentina que permitiera elegir entre las dos soluciones posibles. La primera planteaba el derecho común de todo el río para los dos estados favoreciendo la libre navegación. La segunda opción implicaba el trazado de un límite imaginario coincidente con la línea media del río. Esta posibilidad no era deseada por el gobierno argentino debido a que, entre otros problemas, perdía su jurisdicción sobre la Isla Martín García, más cercana a la costa uruguaya. Asimismo, las condiciones propias del río, que constantemente arrastraba sedimentos desde sus afluentes, establecía el problema jurisdiccional sobre las nuevas formaciones que naturalmente se irían generando.¹³⁶ No es el objetivo de este trabajo profundizar sobre esta problemática, sí dejar en claro que los acuerdos internacionales en materia sanitaria que buscaban los médicos argentinos se solapaban con otros conflictos internacionales no resueltos, que dificultaban aún más su implementación.

Aun así, era evidente que la problemática de las epidemias era un tema a resolver. Luego de los eventos trágicos ocurridos en 1871 en Buenos Aires, en 1872 y 1873 se produjeron otros dos brotes de fiebre amarilla en Montevideo. El primero se limitó a un sector reducido de la ciudad derivando en 138 fallecimientos. Sin embargo, la presencia de la enfermedad llevó nuevamente a extremar las medidas de control a los buques provenientes de la capital uruguaya. Esta postura generó diversos conflictos que fueron transmitidos a las autoridades locales por el cónsul argentino radicado en Montevideo, Jacinto Villegas. Villegas ya conocía esa ciudad por haber estado exiliado en ella durante la última década del gobierno de Rosas. Luego de su regreso a Buenos Aires fue elegido cónsul en 1872. En mayo de ese año Villegas dirigió una carta al Ministro de Relaciones Exteriores en la que decía:

“Frecuentemente soy asediado por comerciantes de esta plaza que mantienen valiosas operaciones mercantiles con los mercados Argentinos (sic), para representarme las enormes

¹³⁵ De Vedia, A. (1908).

¹³⁶ El conflicto recién se resolvió en fecha relativamente reciente con el *Tratado del Río de la Plata y su frente marítimo* de 1973.

prejuicios que sufren sus intereses con la clausura absoluta de aquellos puertos (por los argentinos) a las procedencias de esta República.”¹³⁷

El cónsul sostenía que los comerciantes comprendían las razones que motivaban las medidas de precaución pero que, considerando que la cantidad de casos nuevos era escasa y que estaba por iniciar una estación fría que extinguiría la amenaza por completo, se podrían modificar las medidas impartidas a las embarcaciones procedentes de ese puerto. Si bien el primer argumento era discutible es probable que las experiencias previas le permitieran a Villegas argumentar que la enfermedad decaía en las estaciones frías. Esto era efectivamente cierto, el mosquito que transmite la fiebre amarilla disminuye su actividad con temperaturas por debajo de los 17°C desapareciendo por completo cuando desciende a menos de 12°C.

La nota fue remitida a la Junta de Sanidad local que, a pesar de los argumentos del cónsul, optó por sostener las medidas adoptadas en tanto que las causas que las motivaron en primer lugar continuaban presentes. La respuesta, firmada tanto por Mallo como por Wilde, argumentaba que, en primer lugar, debían pasar 15 días sin nuevos casos para declarar la desaparición de la epidemia, la nota del cónsul declaraba que existían enfermos recientes. Por otra parte, Montevideo tenía un intercambio fluido con otros puertos de Uruguay en los que no se contaban con los medios necesarios para hacer efectivas las cuarentenas. En relación con esto aparecía una diferencia de criterio entre las autoridades sanitarias nacionales y las uruguayas. Al momento de la escritura de esta nota se mantenía desde el 1 de febrero una política de cuarentenas a todas las procedencias de Brasil debido a que ninguno de los puertos de ese país mantenía restricciones con el puerto de Pernambuco donde “reina la fiebre amarilla”.¹³⁸

El mismo trato tenían las de Montevideo en tanto que no se precavían de las procedencias de ese puerto. Recién el 16 de ese mismo mes la Junta de Sanidad de Montevideo dispuso cuarentenas de ocho días para las procedencias de Pernambuco y cinco días para las de otros puntos de Brasil, resaltamos aquí la diferencia con la cantidad de días exigidos por la junta local. Sin embargo, al poco tiempo Montevideo había decidido levantar las cuarentenas para el resto de Brasil a excepción de Pernambuco. Para las autoridades argentinas eso no garantizaba la prevención del contagio, por eso, a pesar de que la enfermedad parecía disminuir en Montevideo, debían recomendar al gobierno que se impusieran cuarentenas a los buques procedentes de allí “por no preservarse de puertos que no se preservan”.¹³⁹

¹³⁷ Archivo Histórico de la Cancillería, Caja AH0011, Sección 8- Tratados y conferencias. N°330.

¹³⁸ Archivo Histórico de la Cancillería, Caja AH0011, Sección 8- Tratados y conferencias. N°330.

¹³⁹ Archivo Histórico de la Cancillería, Caja AH0011, Sección 8- Tratados y conferencias. N°330.

La nota a Villegas finalizaba recordando que las autoridades locales habían insistido con establecer un arreglo cuarentenario con Montevideo pero que las autoridades sanitarias de Uruguay no habían querido reunirse. En tanto que se mantuvieran las políticas actuales frente a las procedencias de puertos considerados sucios, la Junta de Sanidad mantendría las cuarentenas aplicadas. A partir de esa resolución se envió una nota al Ministro de Relaciones Exteriores de Uruguay, Julio Herrera y Obes, para lograr un acuerdo que permitiera desbloquear los intercambios entre ambas ciudades. Sin embargo, las diferencias continuaban.

Otra preocupación de la junta oriental era su manejo discrecional de las patentes de sanidad. El 22 de junio llegó al puerto de Buenos Aires el vapor *Gironde*, cuyo capitán declaró haber sido admitido en libre plática en Rio de Janeiro y Montevideo, de la cual no tenía patente, pero teniendo patente sucia del puerto de Bahía, por lo cual fue puesto en cuarentena. Similar fue el caso del bergantín *Electra* que arribó a Montevideo procedente de Pernambuco con enfermos convalecientes a bordo, habiendo dejado bajo la asistencia médica a otros en ese puerto y habiendo fallecido un marinero y la esposa del capitán. Con esos antecedentes fue puesto en cuarentena durante doce días y luego despachado hacia Buenos Aires sin patente alguna, ni siquiera la entregada en Brasil. Fue admitido en Buenos Aires en libre plática hasta que el cónsul inglés encendió la alerta para que se tomaran las medidas necesarias. Asimismo, el 12 de julio llegó a Buenos Aires el vapor *La Plata* desde Bahía, donde había casos de fiebre amarilla, sin patente de sanidad. A pesar de esto, en su escala en Montevideo había sido recibido en libre plática lo cual representaba un riesgo para Buenos Aires. Por estos casos el gobierno le encargó al cónsul en Montevideo que le solicitara a la Junta de Sanidad oriental medidas preventivas a las procedencias de puertos infestados, especialmente de Bahía. La Junta se negó derivando en que el gobierno argentino dispusiera nuevamente una cuarentena a todas las procedencias de puertos infectados y de puertos como el de Montevideo por no tomar medidas precaucionales análogas.

Claramente existía una diferencia de criterios frente a las procedencias de Brasil por parte de ambos organismos. Esto probablemente no se debiera únicamente a un enfoque sanitario distinto, sino que se solapaban también las cuestiones políticas vinculadas a los tratados existentes y a las necesidades económicas del estado oriental. En efecto, el 15 de septiembre de 1857 se firmó un Tratado de Navegación Fluvial entre el Imperio de Brasil y la República Oriental del Uruguay. En él se estipulaba que el régimen sanitario aplicado a las procedencias sospechosas sería administrado de común acuerdo, regulando las precauciones

sanitarias con los intereses del comercio y la navegación general.¹⁴⁰ Este antecedente no le permitía al Uruguay endurecer en forma unilateral sus medidas frente a las procedencias de Brasil. A la vez tampoco podría comprometerse a un nuevo acuerdo sanitario con la Argentina sin que delegados brasileños participaran del encuentro. Esto era complejo de compatibilizar con los criterios de las autoridades argentinas, que sostenían que la fiebre amarilla era claramente endémica en el Brasil, pero no así en las márgenes del Río de la Plata. Este carácter obligaba a establecer controles rígidos con los puertos del imperio, pero no a los intercambios entre los puertos platenses.

Por otra parte, también era importante mantener las relaciones económicas entre los tres países. Brasil era el importador más importante de carne seca del Río de la Plata, denominada tasajo. Por su bajo costo el tasajo era utilizado fundamentalmente para la alimentación de los esclavos del Imperio y también de Cuba. Su baja calidad le imposibilitaba ser exportado a los mercados europeos que demandaban cortes más refinados. Asimismo, desde Brasil se importaba azúcar, aguardiente, arroz y café, pero de menor categoría que los producidos en Centroamérica, por lo que era fundamental para Brasil garantizar la inserción de sus manufacturas en el mercado platense. Con esos intereses en juego una posible conferencia distaba mucho de centrarse únicamente en cuestiones sanitarias.

El 10 de agosto de 1872, el ministro Herrera y Obes finalmente respondió haber sometido a consideración del gobierno uruguayo la problemática, obteniendo una respuesta positiva para celebrar un acuerdo internacional sobre cuarentenas y lazaretos. En un tono cordial Herrera y Obes no se privó de realizar una crítica a las cuarentenas aplicadas a las procedencias uruguayas, medidas que el futuro acuerdo podría evitar en tanto que:

“(…) haría innecesaria la adopción de esas medidas precaucionales que con frecuencia adopta el Gobierno Argentino respecto a los buques procedentes de esta Republica aunque en ella no exista epidemia alguna, medidas que, si bien es cierto no causan ninguna ofensa al gobierno de esta Republica porque está dentro del derecho y las facultades del Gobierno Argentino, no es menos evidente que tienen siempre un carácter odioso por el prejuicio, en cierto modo injustificado, que causa al comercio y a los intereses de ambos países.”

Dos días después, la *Revista Mercantil* publicó el “Proyecto de Bases para una Convención Sanitaria Internacional entre las Repúblicas Argentina y Oriental del Uruguay” escrito por el cónsul argentino Jacinto Villegas. Allí se detallaban dieciséis artículos que referían

¹⁴⁰ Lima Chaves (2009):99.

al establecimiento de lazaretos internacionales, la igualación de cuarentenas y los tipos de patente de sanidad para navíos.¹⁴¹

Para octubre ambos gobiernos lograron acordar que la Convención Sanitaria Internacional se llevaría a cabo en Montevideo como espacio para lograr una reglamentación común en materia de prevención. El gobierno argentino decidió enviar como delegados a los médicos de la Junta de Sanidad, Eduardo Wilde y Pedro Mallo, junto con su cónsul Jacinto Villegas. Con las negociaciones ya avanzadas el gobierno de Brasil demandó ser parte también del encuentro, tomando como fundamento los acuerdos firmados con la República Oriental en 1857. De forma unilateral la diplomacia uruguaya amplió la invitación tanto a Brasil como a Paraguay. Esto inició un conflicto con el gobierno argentino que había sido el promotor original del encuentro. Sin embargo, la presión ejercida por el gobierno brasileño dio sus frutos y se le ratificó la invitación en marzo de 1873.¹⁴² La respuesta no fue inmediata y las autoridades argentinas intentaron aprovechar esta delación para lograr un acuerdo con la República Oriental antes de la conferencia, primordialmente pactar la erección de un lazareto internacional en la Isla de Flores.

La insistencia sobre este punto se debía a que Buenos Aires, el principal puerto, no contaba aun con un lazareto acorde en tierra, sino con instalaciones provisorias. En efecto el informe de la Junta de Sanidad detallaba tener a disposición tres buques que oficiaban de lazaretos flotantes y otros dos que servían como apostaderos. En tierra se mantenía el lazareto de la Ensenada en estado defectuoso, tres barracas de madera y carpas que podían utilizarse en caso de superar la capacidad máxima de las instalaciones materiales. Asimismo, existían dos buques estacionarios en la "Boca del Bravo", punto estratégico de control donde se unen los ríos Paraná y Uruguay.¹⁴³ A los efectos se había comisionado oficialmente el 14 de febrero a Eduardo Wilde para gestionar el asentamiento de un lazareto en la Isla de Flores.¹⁴⁴

El cambio de gobierno en el estado vecino y la aparición de nuevos casos de fiebre amarilla en abril, que implicó el cierre a todas las procedencias de puerto orientales,¹⁴⁵ impidieron que el acuerdo bilateral se pudiera llevar a cabo. A pesar de esto, el gobierno argentino no cesaría en sus intenciones. En nota dirigida a sus tres delegados el 5 de junio de 1873, se establecían cuáles eran las prioridades a las que debían atender durante la convención.

¹⁴¹ Lima Chaves (2009):97.

¹⁴² Archivo Histórico de la Cancillería, Caja AH0011, Sección 8- Tratados y conferencias. Folio 317.

¹⁴³ *Departamento de Guerra y Marina* (1873): 428.

¹⁴⁴ *Registro Nacional de la República Argentina*, tomo sexto (1870-1873): 396.

¹⁴⁵ *Registro Nacional de la República Argentina*, tomo sexto (1870-1873):412.

En primer lugar, intentar lograr la sanción por parte de la delegación brasilera de los puntos ya acordados oportunamente con el gobierno uruguayo. En segundo lugar, sabiendo que los puertos de Rio de Janeiro, Montevideo y Buenos Aires estaban conectados comercialmente con Europa y que ante un riesgo de contagio se solían someter a cuarentena a los tres, intentar establecer un protocolo que estableciera el orden en que los barcos procedentes de Europa debían dirigirse a esos puertos. Este punto resulta interesante si pensamos que, ante la teoría de que la fiebre amarilla era endémica en Brasil, este protocolo beneficiaría siempre a los puertos platenses. Finalmente, el gobierno les dejaba libertad de acción a sus delegados con respecto a los lazaretos, aunque se permitía sugerir un plan ambicioso. Se planteaba la necesidad de tres establecimientos, uno en la Isla de Flores o cualquier punto de la costa oriental para las procedencias de Rio de Janeiro o europeas bajo la administración del gobierno oriental; otro lazareto en la Isla Martín García o Ensenada para los buques infectados que viajaban desde o hacia Montevideo; y finalmente el tercero en una isla del río Paraná, cercana a Corrientes, para las procedencias del Paraguay. Estos últimos dos serían administrados por el gobierno argentino.¹⁴⁶ Con esta agenda en mente los delegados locales se dispusieron a reunirse en Montevideo con sus pares de Brasil y Uruguay para la primera conferencia sanitaria sudamericana.

Ya nos hemos referido a la trayectoria de los tres enviados por la Argentina; Villegas, Mallo y Wilde. Nos abocaremos ahora a los delegados brasileños y uruguayos. La República Oriental designó para su comitiva a Gregorio Pérez Gomar, doctor en jurisprudencia que ocupó cargos tanto académicos como públicos. Fue fiscal del crimen y agente diplomático en el exterior. Al momento de la convención se desempeñaba como Ministro de Relaciones Exteriores. Los dos médicos elegidos fueron Gualberto Méndez y Pedro Visca, ambos se habían formado en la Facultad de Medicina de París. Méndez completó sus estudios en 1857 mientras que Visca, dieciséis años más joven, lo hizo en 1870. La República Oriental no contó con una Facultad de Medicina propia hasta 1875. Por ese motivo el estado uruguayo debía financiar la formación en el exterior de sus futuros médicos utilizando recursos del Tesoro Nacional. Méndez fue primero miembro de la Junta de Higiene Pública, y luego su presidente cuando este órgano se transformó en el Consejo de Higiene Pública en 1872. De manera similar a Mallo, se desempeñó también como médico del puerto de Montevideo. Visca, por su parte, tuvo una experiencia cercana con las epidemias debido a su trabajo en el Hospital de París durante el brote de cólera que asoló a Europa en 1865.

¹⁴⁶ Archivo Histórico de la Cancillería, Caja AH0011, Sección 8- Tratados y conferencias. N°6

Por su parte la delegación brasilera estaba compuesta por Eduardo Carlos Cabral Deschampes, que era en ese momento el cónsul de Brasil en Uruguay. En materia sanitaria fueron elegidos Francisco Marqués de Araujo Goes y José Ignacio de Barros Pimentel. Marqués de Araujo Goes se doctoró en medicina en la Facultad de Bahía en 1861. Fue miembro de la *Inspeccoria Geral de Hygiene* en la ciudad de Santos, donde se le encargó el tratamiento de los enfermos de fiebre amarilla. Barros Pimentel también era egresado de la Facultad de Medicina de Bahía. Participó de la guerra con el Paraguay como cirujano mayor de brigada, finalizada la misma se radicó en Montevideo.

Presentados los actores nos centraremos ahora en los debates ocurridos durante la convención.

3.2. Debates y tensiones de la primera Convención Sanitaria de América

La dinámica de los encuentros giró en torno a la discusión de un “Proyecto de Convención”, que básicamente se trataba de un reglamento internacional para los intercambios marítimos, al cual suscribirían los tres Estados. Ese documento fue redactado por una comisión especial compuesta por Wilde (*Ar*), Araujo Goes (*Br*) y Visca (*Ur*), y establecía cuatro acuerdos iniciales.¹⁴⁷ El primero reconocía a las enfermedades exóticas, colera asiática, fiebre amarilla, peste del Levante y tifus como males importables, transmisibles y propagables, a los que se les debían aplicar medidas precaucionales para garantizar la salud de los pueblos. El segundo asumía la necesidad de que dichas medidas debían ser compatibles con los intereses del comercio y la navegación. El tercero afirmaba que no existían otras medidas que imponer a estas enfermedades que lazaretos y cuarentenas. Finalmente, el cuarto punto consolidaba la necesidad de un acuerdo internacional al afirmar las ventajas de adoptar un régimen sanitario común.¹⁴⁸ Estos puntos que componían al proyecto habían sido publicado en los periódicos de la ciudad previamente.

En uno de los primeros encuentros, el del 30 de junio, el Proyecto de Convención fue aprobado en general. El análisis en particular, artículo por artículo, marcó la dinámica de las siguientes sesiones. Por cada una de ellas se redactaría un acta en la que constaban las discusiones y las conclusiones a las que se había abordado.

En algunos casos, en un mismo encuentro lograban acordarse varios artículos, introduciendo cambios fruto del intercambio entre los delegados. Los temas más álgidos, como

¹⁴⁷ A partir de este punto y para facilitar la lectura se señalará la nacionalidad de los delegados en cada mención, correspondiendo *Ar* para Argentina, *Br* para Brasil y *Ur* para Uruguay respectivamente.

¹⁴⁸ AHC, Caja AH0011, Sección 8- Tratados y conferencias. Folio 347.

por ejemplo la extensión de las cuarentenas, podían demandar varias sesiones en las que no parecía haber un acuerdo posible. Esto permitía a la comisión a cargo de la redacción del proyecto introducir mejoras con el objetivo de una aceptación de la mayoría de los involucrados. En ambos casos al inicio de cada encuentro se leía el acta de la sesión anterior, la cual era firmada por las autoridades de cada Estado, ratificando el proceso de la convención. Proponemos ahora recorrer brevemente los distintos temas del encuentro y las discusiones que se dieron entre los médicos y los delegados diplomáticos. Más que resaltar los acuerdos alcanzados nos interesa exhibir los diferentes argumentos expuestos, lo cual nos servirá para ver la multiplicidad de posturas frente al problema de balancear la necesidad de prevención con los fines comerciales.

Según Lima Chaves, los principios que dirigieron la elaboración del Proyecto de Convención pueden ser resumidos en tres temas. El primero era la aplicación de medidas preventivas contra el cólera-morbo, la fiebre amarilla y la peste de Oriente; todas consideradas enfermedades exóticas. El segundo tema era el establecimiento de medidas que considerasen tanto los intereses de la salud pública como del comercio exterior. El tercero fue el que generó un mayor número de discusiones e involucraba las cuarentenas y los lazaretos como la forma de aislar a las personas y las mercaderías contaminadas.¹⁴⁹ Esto no se debía únicamente a una postura a favor o en contra de las cuarentenas, sino también hasta qué punto estaban autorizados los delegados de cada Estado a tomar ciertas decisiones. Ya en la lectura de los considerandos Pedro Mallo (*Ar*) quiso introducir una propuesta que excedía la escala internacional. En la redacción original el segundo considerando afirmaba que "(...) no hay más medidas que oponer a la importación de los males epidemiables exóticos, que lazaretos y cuarentenas como medidas de aislamiento." Mallo (*Ar*) sostenía que había medidas que se podían tomar en tierra en casos de epidemia. Pero inmediatamente luego de esta afirmación, Araujo Goes (*Br*) manifestó que solo podían tocar temas referidos a la cuestión marítima. Así, luego de los considerandos iniciales, el primer artículo establecía que era facultad de los países contratantes tomar las medidas en tierra que consideraran pertinentes.¹⁵⁰

El segundo postulado fue el que suscitó mayores discusiones ya que se trataba de las medidas a tomar frente a las procedencias de puertos infestados. Para esto se dividía en seis apartados. El primero establecía cuarentenas iguales para todas las enfermedades mencionadas en los considerandos. El segundo disponía la obligatoriedad de presentar las patentes reglamentarias, vinculándose con el cuarto que solo reconocía dos tipos, "sucias" y "limpias"; con el quinto que asignaba automáticamente patente "sucias" a los barcos con un estado de

¹⁴⁹ Lima Chaves (2009):106.

¹⁵⁰ Archivo Histórico de la Cancillería, Caja AH0011, Sección 8- Tratados y conferencias. Folio 159.

salubridad deficiente; y con el sexto que afirmaba que si un buque de patente “limpia” había mantenido contacto con otro de patente “sucio” o con un puerto “sucio” sería considerado buque procedente de puerto “sucio”.

La cuestión de los tipos de patentes motivó varios intercambios. Araujo Goes (*Br*) proponía una categoría intermedia, entre patente “sucio” y “limpia”, que se denominaría “sospechosa” y se aplicaría tanto a puertos como a embarcaciones. Así, un puerto “limpio” que hubiera tenido comunicación con otro “sucio” no sería definido también como “sucio”, sino que recibiría esta categoría de “sospechoso”. Esto representaba una ventaja en el caso de las procedencias de un puerto de estas características. Araujo Goes (*Br*) sostenía que en estos casos debería aplicarse una cuarentena de observación, más corta que la de rigor que se imponía para las procedencias de puerto “sucio”. Wilde (*Ar*) apoyaba esta idea marcando una diferencia entre un puerto donde la enfermedad era endémica con un puerto donde existían casos aislados. Para el médico argentino, este criterio estaría mejor ligado a los intereses científicos y comerciales. Araujo Goes (*Br*) ejemplificaba diciendo que, en tanto que el puerto de Rio de Janeiro tomaba medidas precaucionales frente a las procedencias de Pernambuco y Bahía, entonces las embarcaciones de Rio de Janeiro al Rio de la Plata no representaban ningún peligro. En ese momento las procedencias de ese puerto se recibían en libre plática en ambas márgenes platenses.

Pedro Mallo (*Ar*) no estaba de acuerdo ni con Araujo Goes (*Br*) ni con su compañero de la Junta de Sanidad. Sostenía Mallo (*Ar*) que lo que se buscaba no era conciliar los intereses del comercio y la humanidad, sino de tomar medidas que evitaran la entrada de enfermedades epidémicas al territorio. Así afirmaba que, si solo se tomaran medidas contra los países donde los males fueran endémicos dejando las puertas abiertas a aquellos donde existían casos aislados, eventualmente los puertos sanos se infectarían. Debían entonces “tomarse siempre medidas enérgicas, mucho más teniendo en cuenta la fatal epidemia del año '71 en Buenos Aires”, aplicadas tanto a los pasajeros como a las mercancías. Visca (*Ur*) apoyaba el parecer de Mallo (*Ar*) y sostenía que, en el caso de las procedencias de Pernambuco, aunque hubieran pasado por Rio de Janeiro, deberían cumplir cuarentena de rigor al llegar al Rio de la Plata, tanto los pasajeros como los equipajes y cargas. Ante esta sugerencia de una mayor severidad en los controles, Araujo Goes (*Br*) recordó que en vistas de que se encontraban en una convención todas las partes deberían ceder un poco para llegar a acuerdos.

Claramente Brasil era, de los tres países, el más afectado por las cuarentenas de rigor. Si bien no era oficial, la fiebre amarilla era considerada endémica en dos de sus puertos con lo

que la aplicación de medidas estrictas resultaba en un cierre a sus procedencias, mientras que los puertos platenses permanecían abiertos y sin limitaciones a sus intercambios (**Figura 3.2**).

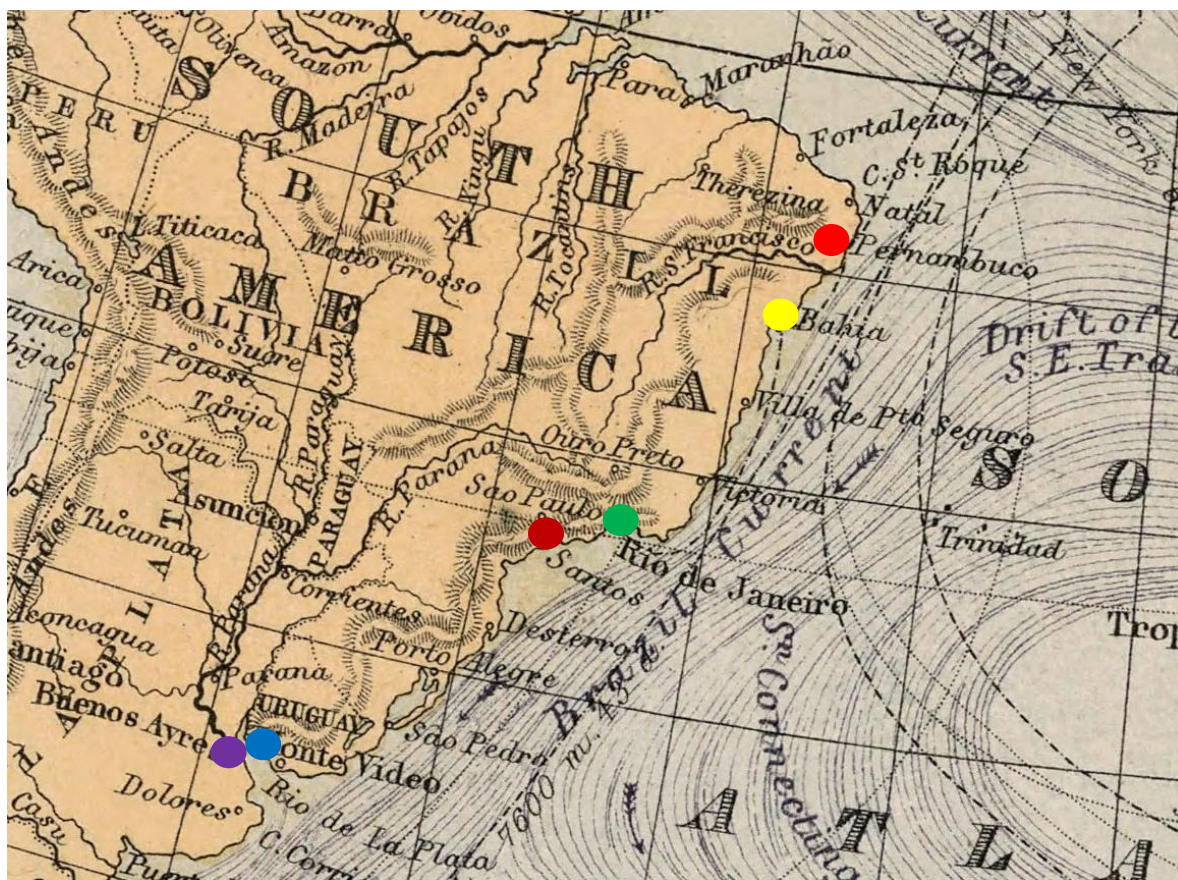


Figura 3.2: Principales puertos de América del Sur a fines del siglo XIX. Las autoridades de Argentina y Uruguay consideraban que la fiebre amarilla era endémica en los puertos de Pernambuco(rojo), Santos (marrón) y Bahía (amarillo); lo cual demandaba la adopción de medidas estrictas en el puerto de Rio de Janeiro (verde) antes de que los barcos viajaran hacia Montevideo (azul) y Buenos Aires (violeta). Fuente: Fragmento del plano titulado *The World on Sir John Herschel's Projection*. 1871. Tomado de David Rumsey Historical Map Collection.

Además, estas restricciones podrían implicar que los barcos europeos decidieran no hacer escala en los puertos brasileros para evitar la aplicación de cuarentenas de rigor en Montevideo o Buenos Aires. Araujo Goes (*Br*) reafirmaba que se aplicarían medidas estrictas a las procedencias de puertos infectados en Rio de Janeiro y que, además, el tiempo de viaje de allí al Rio de la Plata - al menos nueve días- cumpliría con el tiempo de incubación de la enfermedad con lo que podría ser detectada y aislada a bordo. Esto permitiría un desembarco seguro, pudiendo siempre enviarse el equipaje y la ropa sucia a los lazaretos, donde se fumigaría y lavarían. El argumento no convenció a Visca (*Ur*), que continuó sosteniendo la necesidad de medidas rigurosas en tanto que las enfermedades podían transmitirse por el contacto entre personas u objetos, y que todo descuido en higiene y en especial en los puertos era suficiente para el desarrollo de la enfermedad. Wilde (*Ar*), por su parte, apoyó a Araujo Goes (*Br*) en cuanto

a los beneficios de las fumigaciones y las ventilaciones, en especial en lo referido a las procedencias de puertos que presentaron casos aislados.

En una sesión posterior, Mallo (*Ar*) propuso un cambio en la redacción que aportaría una mayor especificidad a aquellos casos en que se determinaría una patente “sucía”. En su propuesta el artículo quedaría de esta manera:

“(…) darán patente sucia por fiebre amarilla en puertos en que habitualmente se observen casos aislados de este mal, toda vez que se constate oficialmente dentro de un intervalo de 10 días casos de esta enfermedad en el mismo buque, barrio, casa, familia o entre las personas que hubieran estado en relación con otra que ha padecido dicho mal.”¹⁵¹

En esta nueva redacción pueden verse varias cuestiones. La preocupación central de Mallo (*Ar*) está en la propagación de la fiebre amarilla por sobre las otras enfermedades contagiosas y exóticas, aspecto que ya había esbozado cuando nombraba el antecedente de la epidemia de Buenos Aires como un suceso que no debía repetirse. Por otro lado, cedía terreno a la propuesta de Araujo Goes (*Br*) sobre las procedencias de Rio de Janeiro, en tanto que los casos en ese puerto se presentaban en forma más esporádica, no dentro del intervalo de 10 días. Sin embargo, Mallo (*Ar*) ampliaba el rango de intervención estatal a, no solamente el puerto, sino también el medio urbano donde también podría haber habido propagación del mal. Justamente en este punto se asentó Araujo Goes (*Br*) para sostener que la propuesta de Mallo (*Ar*) “no adelantaba camino” y era menos practicable que el artículo original, afirmando que tal grado de minuciosidad ampliaría enormemente el trabajo de las Juntas de Sanidad. Pimentel (*Br*) apoyó las objeciones de Araujo Goes (*Br*) frente a la observación de Mallo (*Ar*) de que la policía local podría asistir a las Juntas de Sanidad. Aunque reconocía mayores bases científicas en la propuesta, afirmaba que sería impracticable y en algún punto innecesario ya que no estaba probado que todos los contagiados transmitieran la enfermedad.

La diferencia de criterio en cuanto al rigor a aplicar residía en esta creencia. Para los galenos de Brasil la enfermedad podía contagiarse de persona a persona, pero no todo padeciente transmitía la enfermedad. Para Mallo (*Ar*) una sola persona contagiada “encendería la chispa” que provoca una epidemia. En una línea similar a la de sus médicos, el ministro de Brasil sugirió que debía tenerse en cuenta la diferencia de población entre Rio de Janeiro y las ciudades del Plata, contemplando diferentes tasas de mortalidad a la hora de determinar una patente sucia. Esto beneficiaba claramente al puerto de Brasil que, al tener una mayor población, obtenía ventajas si las patentes sucias se asignaban por porcentaje antes que por

¹⁵¹ Archivo Histórico de la Cancillería, Caja AH0011, Sección 8- Tratados y conferencias. Folio 128.

cantidad de casos. Para Araujo Goes (*Br*), en una población como la de Rio, la presencia de cuatro casos podía considerarse esporádica y no representar un peligro para las ciudades del Plata. Esta propuesta fue desestimada por Méndez (*Ur*), que se valió de la Convención Sanitaria europea como antecedente. En ese encuentro Francia había firmado un acuerdo con Cerdeña sin hacer esta diferenciación a pesar de que la población francesa era notablemente mayor. Pedro Visca (*Ur*) se permitía sugerir que debería contemplarse también las estaciones del año, afirmando que en invierno no había peligro de contagio. El ministro argentino desestimó esta propuesta asegurando que no todos los inviernos eran igualmente fríos y que no era seguro confiarse de la regularidad de las estaciones.

El conflicto escaló en la siguiente sesión, cuando los delegados de Montevideo y Buenos Aires se alinearon para desestimar las propuestas de los del Brasil. Cabe destacar que en este encuentro Wilde (*Ar*) estuvo ausente siendo quien, en sesiones previas, tenía el perfil de mayor diálogo y consenso. Mallo (*Ar*) por otro lado, con una postura mucho más rígida, retomó la afirmación de Araujo Goes (*Br*) sobre la posibilidad de que los enfermos no contagiaran a la población sana. Para el médico argentino no existían dos fiebres amarillas, una transmisible y otra no. Existía una sola y estaba comprobada su contagiosidad de persona a persona. El ministro local suscribía a esta teoría y a la necesidad de tomar las medidas necesarias para evitar la propagación. Araujo Goes (*Br*) por su parte afirmaba entonces que ante un caso de epidemia subirían las defunciones y ese dato serviría para que los cónsules dicten las patentes correspondientes. No obstante, los argumentos de los otros enviados estuvieron más en línea con evitar la entrada de la enfermedad, que con tomar medidas ante una epidemia. En ese sentido, Méndez (*Ur*) y Mallo (*Ar*) llegaron a afirmar que los únicos casos de fiebre amarilla en el Plata se produjeron por casos importados del Brasil, con lo que si lograban evitar la importación de casos sus poblaciones estarían fuera de peligro. Esto fue negado por los delegados brasileños que sostuvieron que había habido casos espontáneos en Montevideo. Asimismo, argumentaban que existía una fiebre amarilla esporádica, que no era transmisible y que no presentaba la sintomatología habitual. Además, respondían al argumento señalando que los casos de Rio de Janeiro eran importados de Buenos Aires. A pesar de esto, aseguraban que se mantenían abiertos los puertos ya que, inclusive en casos en que la fiebre amarilla estaba presente en los puertos del Plata, no se había producido una propagación de la enfermedad a Rio de Janeiro, por lo cual se habían mantenido los intercambios.

Claramente había una diferencia de criterios insanjable, basados en observaciones particulares de los respectivos galenos. Para los médicos brasileños era posible la aparición espontánea de la enfermedad y afirmaban que se presentarían casos en el Rio de la Plata,

aunque se aplicaran cuarentenas, lo que las volvía inútiles. Los platenses en cambio sostenían que esto era imposible si se aplicaban medidas estrictas que impidieran su entrada por vía marítima o terrestre. La enfermedad no era local sino externa.

Para lograr una conciliación se necesitaba que alguna de las partes cediera terreno. Quien lo intentó fue el ministro argentino que propuso que las patentes “sucias” se asignaran a Brasil solo cuando se superaran las cuatro defunciones durante los meses de julio, agosto y septiembre. Araujo Goes (*Br*) desestimó la propuesta argumentando que era inclusive más estricta que lo que se realizaba actualmente y sin el acuerdo de cooperación firmado.

El resultado fue finalmente un punto intermedio que se acercaba a lo propuesto por los enviados del Brasil. La redacción final planteaba que las autoridades sanitarias darían patente “sucias” por “colera epidémico” -aquí puede verse la salvedad por la que pujaron los médicos brasileños de una variante asintomática-, fiebre amarilla y peste de Levante, cuando dichas enfermedades produjeran una o más defunciones diarias. A esto se le sumaba un arco temporal, de mayo a octubre, en la que solo se darían patentes “sucias” por fiebre amarilla en los puertos en que habitualmente se daban casos de esa enfermedad si se producían cuatro o más defunciones diarias durante cuatro días consecutivos. Esta salvedad claramente beneficiaba al puerto de Rio de Janeiro.

En la siguiente sesión, en la que se dio lectura a la versión final de este artículo, tanto Mallo (*Ar*) como Wilde (*Ar*) buscaron introducir ajustes. Mallo (*Ar*) pretendía acortar ese periodo de flexibilización afirmando que en mayo aún se registraban casos de fiebre amarilla. Sugirió entonces que ese período iniciara en junio. Encontró un aliado en Méndez (*Ur*) para esta propuesta, pero Araujo Goes (*Br*) y Visca (*Ur*) afirmaron que no existían riesgos en el mes de mayo. El acuerdo general era que el pico de la enfermedad se daba en el verano, pero no resultaba claro cuando era seguro relajar los controles. Si bien Visca (*Ur*) apoyaba la idea de que era seguro relajar las medidas en los tiempos acordados, también afirmaba que reconocer ese período de mayor riesgo era aceptar que la enfermedad era transmisible por un germen que se desarrollaba durante ese tiempo y no el surgimiento espontáneo, como afirmaba en la sesión anterior el médico brasileño. Los delegados políticos, viéndose nuevamente encerrados en una discusión entre transmisibilidad y espontaneidad, llamaron a continuar en la búsqueda de definiciones y no desviar el centro de la discusión.

Esto se volvió recurrente. En lo referido a la fiebre amarilla la mirada de los médicos argentinos y uruguayos se acercaba más a la teoría contagionista en la cual el foco de transmisión eran los puertos de Brasil. Los médicos brasileños estaban más cerca de la teoría

infeccionista y de un surgimiento espontáneo en los tres países. Esta diferencia de puntos de partida derivaba frecuentemente a los galenos a discutir teoría médica más que a definir estrategias concretas para un reglamento. Fueron los delegados políticos los que constantemente tuvieron que llamar a retomar el objetivo de la convención para poder avanzar.

El siguiente tema fue el que condujo al mayor número de debates y divergencias entre los delegados: la duración de las cuarentenas. En el artículo del proyecto se establecía una cuarentena de siete días para las procedencias de puerto sucio. Para Wilde (*Ar*) este era un tiempo prudencial, mientras que para Méndez (*Ur*) resultaba demasiado corto si se tomaba como antecedente válido lo convenido en la conferencia europea, donde se establecieron cuarentenas inclusive para embarcaciones que llevaban treinta días de viaje. La respuesta de Wilde (*Ar*) resulta interesante ya que manifestó que lo que se realizaba en Europa no debía ser tomado como modelo y que era susceptible a críticas en tanto que el proyecto local contemplaba cuarentena y desinfección, aspecto no incluido en el europeo. Méndez (*Ur*) afirmó que esto era una contradicción, se postulaba que la conferencia europea no podía tomarse como modelo, pero todo el proyecto de reglamento se había construido tomando como ejemplo justamente el del encuentro francés de 1851. Finalmente se convino establecer cuarentenas para los puertos “sucios” por fiebre amarilla de siete días, contando desde el día de salida del puerto, desde el 1 de mayo hasta el 31 de octubre. En el caso de que hubiera un fallecido a bordo la cuarentena comenzaría a contarse desde ese suceso. Esta disposición tuvo un consenso general a diferencia del siguiente artículo que generó nuevamente disputas internas. La normativa proponía que la duración de las cuarentenas entre puertos de una misma nación fueran establecidas en forma interna. Wilde (*Ar*) señalaba que el espíritu de la norma era que los estados contratantes pudieran reservarse ciertos derechos y que los intereses políticos, comerciales y sanitarios no debían ser tan estrictos, dejando cierta libertad a cada una de las partes. Intentaba Wilde (*Ar*) no traspasar una frontera diplomática compleja, que pudiera darle facultades a un Estado de establecer reglas a los intercambios internos de otro. Como hemos venido observando, el primero en oponerse a cualquiera de las medidas permisivas de Wilde (*Ar*) era Mallo (*Ar*), y este caso no fue la excepción. Sostenía que el artículo comprometía a todo el proyecto y que, si bien las medidas sanitarias debían afectar lo menos posible al comercio, este último debía siempre sacrificarse por el bien de la comunidad. Si se aprobara, las juntas de sanidad locales podrían tomar medidas arbitrarias que no estuvieran de acuerdo con lo establecido en la convención. Para Mallo (*Ar*) ese artículo debía ser directamente suprimido.

La discusión marcó una tensión en general sobre la problemática de hasta qué punto un acuerdo internacional podía avanzar sobre disposiciones internas, aunque quedaba claro que

medidas sanitarias laxas entre puertos locales podrían provocar consecuencias en el plano internacional. Aun así, Mallo (*Ar*) encontró poco asidero a sus argumentos y el artículo fue aprobado sin modificaciones.

Con esta discusión zanjada aún quedaban establecer protocolos de cuarentena para otros casos específicos. Uno de estos era la duración de las cuarentenas de observación para los buques en mal estado higiénico. Resulta interesante en este caso marcar que, por la dinámica de la convención, algunos temas eran abiertos en una sesión, pero no llegaban a un acuerdo dentro la misma. Esto permitía que hasta el nuevo encuentro la comisión redactora -Wilde (*Ar*), Araujo Goes (*Br*) y Visca (*Ur*)- pudiera introducir cambios a la redacción.

Este tema en particular fue abierto en la sesión del miércoles 9 de julio, no tuvo acuerdo, y fue vuelto a tratar luego de la reescritura dos días después. La nueva versión les cedía a las juntas de sanidad la capacidad de determinar la duración de la cuarentena para los buques en mal estado y en el caso de los pasajeros, del tiempo necesario para la ventilación y demás medidas que establecía el reglamento. Wilde (*Ar*) afirmaba que esta disposición intentaba no favorecer a unas procedencias por sobre otras y confiaba que las Juntas de sanidad no procedieran de forma caprichosa. Pero Méndez (*Ur*) afirmaba que esto permitiría burlar los regímenes sanitarios en tanto la idea de un tiempo necesario para ventilación resultaba discrecional, y sostenía que debía establecerse un número específico de días, proponiendo diez, número que a Wilde (*Ar*) le parecía más acorde a una cuarentena de rigor. Araujo Goes (*Br*) aseguraba que el tiempo mínimo de ventilación sería de dos días. Wilde (*Ar*) sumaba que, si se establecía un número de días fijo sin considerar la distancia y tiempo de viaje, aquellos buques que partían de puertos infectados tendrían una cuarentena más laxa que la de observación, planteando una contradicción. Pimentel (*Br*) se sumaba al pedido de un número de días fijo, pero su perspectiva era distinta. Un número de días fijo evitaría arbitrariedades que establecieran mayores trabas al comercio. Afirmaba que algunas epidemias eran imposibles de evitar y que inclusive durante la epidemia de 1871 de Buenos Aires, durante la cual Montevideo cerró sus puertas a esas procedencias, esto era ilusorio en tanto que todos sabían que la comunicación entre estas ciudades seguía existiendo. Ante esto se fueron sucediendo diferentes propuestas y reescrituras del artículo que vinculaban la duración de la cuarentena a si el puerto de salida de la embarcación tomaba las precauciones necesarias frente a puertos sucios. Esta especificación tomaba especialmente en cuenta al puerto de Rio de Janeiro, el cual era sospechoso de no ser suficientemente estricto con los puertos de Brasil, principalmente los de Pernambuco y Rio Grande. Méndez (*Ur*) afirmaba que hubo casos en que esas procedencias fueron puestas en cuarentena en Montevideo porque Rio de Janeiro no tomaba las precauciones

necesarias. Pimentel (*Br*) aseguraba que, a pesar de que muchos médicos del Brasil consideraban a las cuarentenas obsoletas, las autoridades de Rio de Janeiro aplicaban cuarentenas en los casos necesarios. Las propuestas se sucedían y no solo no había acuerdo, sino que también se evaluaba volver sobre los artículos ya aprobados para extender más la cuarentena de rigor si se consideraba de diez días a la cuarentena de observación.

Nuevamente la sesión cerró sin consenso y la comisión redactora tuvo la oportunidad de introducir mejoras. Pero al inicio del siguiente encuentro Wilde (*Ar*) anunció que a pesar de numerosos intentos no lograron redactar una versión superadora de la anterior. Mallo (*Ar*) propuso en primer lugar que las cuarentenas de observación puedan ser convertidas en cuarentenas de rigor en el caso de que resultara necesario. En segundo lugar, sugirió que las cuarentenas para las procedencias de puertos que no se preservaran, es decir que no tomaran medidas sanitarias suficientes, fueran de siete días en lazaretos para los pasajeros, del tiempo necesario para las mercaderías y del tiempo que las autoridades sanitarias consideraran necesario para la embarcación.

Claramente la propuesta de Mallo (*Ar*) tendría resistencias. Araujo Goes (*Br*) señalaba que el último punto afectaba fuertemente el comercio y además que no distinguía entre puertos donde no existía la fiebre amarilla. Pimentel (*Br*) y el ministro brasilero sostuvieron que sus puertos como los del Plata debían considerarse en igualdad de condiciones. Méndez (*Ur*) nuevamente afirmó que las Repúblicas del Plata “no tenían epidemias que dar al Brasil”, mientras que la fiebre amarilla siempre ha venido desde allí, y que deberían reverse los plazos pensados para las cuarentenas de rigor considerando este punto. Wilde (*Ar*) alertó que eso implicaría volver a revisar todo lo sancionado, aspecto que no representaba un problema para Mallo (*Ar*), es más, lo consideraba necesario. Wilde (*Ar*) aseguraba que no tenía inconvenientes en hacer revisiones siempre y cuando la razón fuera válida y “no por un capricho”. Mallo (*Ar*), lejos de considerar sus argumentos como injustificados, se mostró intransigente asegurando que ningún reglamento existente sostenía una cuarentena de rigor de solo diez días. Nuevamente fueron los diplomáticos los que intervinieron para intentar saldar la discusión. El ministro argentino aseguraba que no se podía volver a revisar todo lo aprobado. Su par brasilero, por su parte, buscó consensuar al aceptar una cuarentena de observación de ocho días, lo que empujaba a Araujo Goes (*Br*) a aceptar lo mismo. Sin acuerdo a la vista se tuvo que llamar a cuarto intermedio pasado el cual Wilde (*Ar*) y Visca (*Ur*) presentaron como alternativa cuarentenas más específicas. De observación para buques en mal estado cuya duración sería dispuesta por las juntas; para los pasajeros correspondería una cuarentena de observación de siete días si provenían de puertos que no se preservaran de colera o peste de levante y si, en

cambio, provenían de puertos que no se preservaran de fiebre amarilla correspondería observación de 24 horas si el viaje duro menos de siete días – siempre desde el 1 de mayo hasta el 31 de octubre -. Finalmente, fuera de este plazo corresponderían siete días a contar desde la salida de puerto. Esta propuesta intentaba lograr un grado mayor de especificidad y contemplar las diferentes variables que más aquejaban a los puertos platenses. Mallo (*Ar*) seguía sin aprobar la moción, pero la propuesta fue votada positivamente por todos los demás, por lo que pidió dejar constancia en actas sobre su desacuerdo con el artículo. Subsana esta discusión los artículos subsiguientes, que se referían a cuestiones menos controversiales, fueron abordados con mayor celeridad y los acuerdos se lograron con mayor rapidez.

La discusión volvió a subir de tono cuando Jacinto Villegas (*Ar*) propuso que, cuando en alguno de los estados contratantes se sucediera una epidemia, las autoridades hicieran lo posible para acordar con las empresas de navegación el orden de las escalas, ingresando primero en los puertos con buenas condiciones de salud y dejando los infectados para el final. El ministro brasilero se opuso rotundamente afirmando que las procedencias europeas evitarían el Brasil y harían solo escalas en el Rio de la Plata. Volvió a usar como recurso el antecedente de 1871, cuando se suscitó la fiebre amarilla en Buenos Aires, a pesar de lo cual los puertos brasileros no se cerraron a las procedencias del Plata. Villegas (*Ar*) sostuvo que el Imperio debería sacrificarse para evitar la propagación de las epidemias, lo cual era apoyado por Visca (*Ur*), que afirmó que Brasil debía tomar esta medida como “patriotismo humanitario”.

Operativamente esto era complejo ya que el puerto de Rio era un destino prácticamente obligatorio para las embarcaciones europeas que solían reabastecerse allí de carbón, luego de cruzar el Atlántico. Además, tanto el cónsul uruguayo como Eduardo Wilde (*Ar*) sostenían que si un navío quería elegir como primer destino algún puerto del Brasil, a pesar de un mayor riesgo de contagio, no habría forma de impedirselo. Finalmente, este artículo fue suprimido pero su tratamiento marcó otro momento de tensión en el que parecía que las Repúblicas del Plata se unían para hacer doblegar los intereses del Brasil. Esta propuesta era particularmente controversial. Los tres países ya habían comenzado a planificar un proyecto de desarrollo nacional en el que la inmigración, principalmente europea, cumpliría un rol fundamental para el progreso. Si la normativa de entrada al territorio era demasiado estricta esto podría cambiar la elección de un destino por sobre otro.

Uno de los temas importantes para el gobierno argentino a tratar, y con el que venían insistiendo las autoridades locales reiteradamente, era la construcción de lazaretos internacionales. Recordemos que esta era una cuestión que permanentemente aparecía en las

memorias de la Junta de Sanidad, como una necesidad que podría ser subsanada con el gobierno oriental al construirse un establecimiento administrado por los dos estados en la Isla de Flores.

El 30 de julio finalmente se trató el tema solo entre las Repúblicas Platenses. El resultado de esta “Convención entre la República Argentina y la República Oriental del Uruguay para la erección de lazaretos”, como fue denominada, se ajustaba enormemente a las ordenes emanadas por el gobierno argentino a sus representantes en el exterior. Aunque el documento final no determinaba ubicaciones específicas para la construcción de estas arquitecturas fueron más los acuerdos que las disidencias. Allí se sostenía que la situación topográfica y la proximidad de los puertos ponían a ambos estados en condiciones idénticas respecto a la importación de enfermedades epidémicas desde otros puertos del mundo. Se establecía la idea de que estos males no eran autóctonos, sino que venían desde el exterior, punto que aquí es un acuerdo inmediato, pero ya vimos que es discutido cuando Brasil se incorporaba al debate. Esto se reforzaba también cuando se decía que el progreso comercial de ambos puertos estaba vinculado y que debían conjuntamente prevenirse “(...) del desarrollo del cólera, fiebre amarilla, peste del Levante u otra enfermedad importable y pernicioso.”¹⁵²

Así se acordó la construcción de tres lazaretos internacionales. El primero a erigirse en territorio de la República Oriental, destinado a las procedencias de ultramar. Allí debían poder realizar la cuarentena todos los buques con patente “sucio”, pero también en ese establecimiento se realizaría el visado de papeles de todos los buques que se dirigieran a puertos argentinos u orientales. A este efecto, el gobierno argentino podría tener un médico encargado de visar las patentes de los buques que se dirigieran a los puertos locales.

Los otros dos lazaretos estarían en territorio argentino. Uno destinado a las procedencias de los ríos con destino a Buenos Aires o Montevideo. El segundo para las embarcaciones provenientes de Paraguay, las provincias vecinas a Brasil y puertos cercanos argentinos. En forma recíproca, el gobierno oriental podía destinar médicos a estos lazaretos con las mismas atribuciones del médico argentino destinado al lazareto oriental.

Todos los establecimientos estarían administrados por las autoridades del país donde se asentaban y debían estar construidos en un lapso de un año a partir de la ratificación del convenio. Asimismo, el acuerdo tendría una duración de cuatro años, pudiendo ser sucesivamente renovado.

En la *Revista Medico Quirúrgica* del 8 de agosto, Wilde y Mallo publicaron los avances logrados marcando la enorme trascendencia de este primer encuentro internacional y

¹⁵² Archivo Histórico de la Cancillería, Caja AH0011, Sección 8- Tratados y conferencias. Folio 15

señalando los principales puntos logrados por ambas convenciones. Se especificaba aquí que el lazareto para las procedencias del Paraguay se instalaría cerca de Corrientes. Mencionaban también que los miembros de la convención se encontraban avocados al proyecto del Reglamento Sanitario Internacional que daría cierre al encuentro y prometía ser un significativo avance en las relaciones internacionales entre los tres países.

3.3. Escenarios imaginados para un riesgo permanente. La “pequeña epidemia” del Pontón Mora de 1873

Finalmente, el 3 de septiembre se declararon cerradas las sesiones del congreso sanitario. Luego de más de dos meses de reuniones, algunas cargadas de tensión, se imprimieron tres copias en español y portugués firmadas por los tres representantes diplomáticos; Araujo Gondim, Villegas y Pérez Gomar.

Para los delegados de Brasil el resultado de la convención representaba un saldo positivo. Ya el 30 de julio, cuando se celebraba el encuentro para la construcción de lazaretos entre las Repúblicas Platenses, Araujo Gondim informaba al Ministro de Negocios Extranjeros de Brasil que la delegación enviada al Uruguay había “logrado una pequeña ventaja sobre el régimen de salud actual vigente en el Río de la Plata” esperando que el gobierno imperial ratificara la convención.¹⁵³

A pesar de las ventajas obtenidas, las autoridades brasileñas pretendieron introducir nuevas modificaciones. En primer lugar, reducir la duración de la cuarentena de observación de diez a ocho días en los meses de octubre a mayo, es decir en la temporada cálida cuando los casos de fiebre amarilla tendían a multiplicarse. Ya en la convención había sido muy debatida la disminución de la cuarentena de observación de diez a siete días durante la temporada fría, con lo que este cambio sería difícil de introducir. El segundo cambio buscado era la otorgación del derecho a desvincularse del acuerdo en cualquier momento en lugar del compromiso de cuatro años de vigencia original. Las autoridades de Brasil querían tener la libertad de separarse del convenio si en algún momento dejaba de serles beneficioso.

Araujo Gondim tenía entonces la misión de volver a ponerse en contacto con las autoridades platenses para impulsar estos cambios. Pero el 30 de octubre de aquel año lamentaba comunicar al gobierno del Brasil el fracaso de sus tratativas. Según el diplomático, los delegados de ambas repúblicas le contestaron que “(...) ya habiendo sido considerados los acuerdos de la convención como demasiado liberales era imposible su modificación en un

¹⁵³ Lima Chaves (2009):197. En portugués en el original.

sentido aún más liberal, más en el estado actual de ánimos, ante el temor de una nueva invasión de cólera morbo o fiebre amarilla.”¹⁵⁴ Sucedió que, desde la fecha del cierre de sesiones en septiembre, habían llegado noticias de la multiplicación de casos de cólera asiático en Europa.

En ese contexto, tanto Argentina como Uruguay habían tomado medidas rigurosas frente a embarcaciones procedentes de puertos donde se habían registrado contagios. En efecto, la *Revista Medico Quirúrgica* el 8 de octubre publicaba numerosos artículos que registraban el incremento de casos de esta enfermedad durante los meses de junio y julio en distintos países. En Galicia se habían registrado 3.751 contagios, en Hungría 41.673. Las cifras subían también en Viena, Rumania, Alemania, Italia, Francia y en Estados Unidos.¹⁵⁵ Por ese motivo, el 9 de octubre, la Junta de Sanidad determinó que las procedencias de Havre, Génova, La Habana y Bahía fueran sometidas a cuarentena de tres días de observación, si su estado sanitario no era suficientemente aceptable, o si los datos que proveían a las autoridades al momento de su llegada no resultaran satisfactorios. Además, le pidió a la junta de Montevideo que obrara de la misma forma, lo cual fue aceptado.

El 27 de octubre, los buques de ultramar *Pó* y *Havre* habían llegado al puerto con 22 muertes a bordo. El *Pó*, de la compañía Italo-Platense era el más afectado, reportando 19 muertes – 7 por cólera -entre los 650 inmigrantes que traía con destino a Buenos Aires y Montevideo. Las autoridades montevidéanas destinaron a los pasajeros a aislamiento total en la Isla de Flores, mientras que la Junta de Sanidad argentina determinó que el buque, sus pasajeros, tripulación y carga se destinara a quince días de cuarentena en el lazareto de la Ensenada. Claramente aquí había una diferencia. Ante el riesgo de una nueva epidemia Montevideo podía enviar a sus cuarentenarios a un sector totalmente aislado mientras que en Buenos Aires los contagiados estarían próximos a “(...) una crecida población fluvial y terrestre que se va a poner en contacto casi directo con este portador de la enfermedad.”¹⁵⁶

En vistas de un posible incremento de casos en puerta, la Corporación Municipal de Buenos Aires emitió recomendaciones a las Comisiones de Salubridad entre las que se encontraban el blanqueo de los edificios y el barrido de calles, visitas domiciliarias, desinfección de letrinas, vigilancia sobre la aglomeración de individuos y el estado higiénico de los conventillos.

¹⁵⁴ Lima Chaves (2009):198. En portugués en el original.

¹⁵⁵ *Revista Medico Quirúrgica*, año 10, n°13, octubre de 1873.

¹⁵⁶ *Revista Medico Quirúrgica*, año 10, n°14, octubre de 1873, pp. 223.

En este marco, las autoridades diplomáticas platenses le comunicaron a Araujo Gondim que ni siquiera la convención original podría ser aprobada, menos aun si una nueva epidemia se desataba en alguno de sus puertos.

Pocos días después, el 10 de noviembre, arribó al puerto de Buenos Aires el *Emilia*, vapor italiano con un elevado número de inmigrantes en condiciones de hacinamiento y 14 defunciones a bordo, que el médico del buque no consideraba que se hayan debido al cólera. Ante este cuadro la Junta de Sanidad destinó a cuarentena a la mitad de los inmigrantes que la embarcación tenía a bordo, número que ascendía a 462 personas. El aislamiento se realizaría en el *Pontón Mora* que oficiaba como lazareto flotante anexo al lazareto de la Ensenada. Este caso puso en evidencia la enorme necesidad de contar con un nuevo establecimiento. La población cercana, al conocer el gran número de casos de posibles contagiados en el *Pontón Mora*, entró en pánico y exigió que se tomaran medidas.

Los acontecimientos se sumaban a la situación de vecindad con el lazareto en tierra la cual se había tornado muy complicada. El estado de las instalaciones y la ausencia de un sistema de vigilancia hacían imposible garantizar la incomunicación de los cuarentenarios entre sí. Asimismo, la cercanía a un centro de población facilitaba que los que evadían los controles pudieran subirse a un tren que los llevaría rápidamente a Buenos Aires. Por ese motivo se intentaba utilizar lazaretos flotantes, constituidos generalmente por embarcaciones que eran prestados por el Ministerio de Guerra y Marina. Sin embargo, en el contexto de la revolución liderada por Ricardo López Jordán el ministerio no estaba en posición de ceder parte de su escuadra a este fin. El *Pontón Mora* era la única embarcación disponible.

Comenzaron a buscarse otros lugares en tierra donde poder instalar un lazareto. Volvió a considerarse la opción de la isla Martín García, pero su concreción tenía inconvenientes. Por un lado, el lazareto no era el único programa de aislamiento que necesitaba un sitio donde ubicarse. Existía la intención de construir también allí una colonia penal que permitiera separar a los delincuentes condenados por crímenes graves del medio urbano. En ese sentido la isla resultaba atractiva tanto para aislar criminales como enfermos contagiosos pero sus condiciones físicas representaban un impedimento. La profundidad del río no permitía la aproximación de embarcaciones de gran calado, de la misma forma que sucedía en el puerto de Buenos Aires. Se necesitaría construir muelles de descarga y contar con un servicio de vapores para descargar a los pasajeros, sus bienes y las mercaderías para desinfección. Los costos serían altísimos.

En vistas de esto una comisión a cargo, que incluía a las autoridades de la Junta de Sanidad, recorrieron nuevamente la costa sur de la ciudad, en busca de otro paraje posible. Dos

sitios parecían viables, Punta Lara y Monte Santiago, aunque en la primera de estas locaciones se estaban instalando emprendimientos privados que llamaban a desestimarla como alternativa. Cualquiera fuera la opción la condición de isla siempre favorecía a Martín García como elección (**Figura 3.3**).

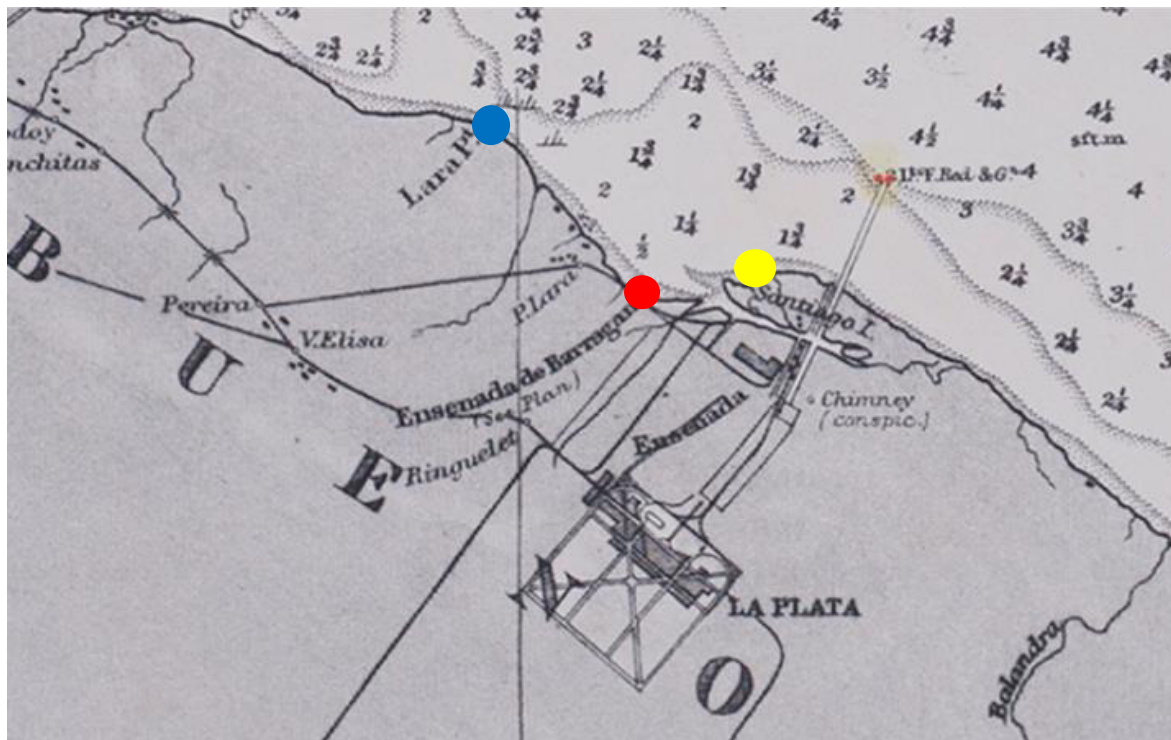


Figura 3.3: Ubicación del lazareto de la Ensenada de Barragán (rojo) y las ubicaciones propuestas para el nuevo lazareto en Punta Lara (azul) y Monte Santiago (amarillo). Fragmento del plano titulado *Rio de la Plata, Compiled from the most recent French and Spanish charts, and from surveys by captain Sullivan, Sidney, Dawson, W. J. L. Wharton and Officers of H. M. Sylvia*. 1884.

El diez de diciembre, a los tres días de instalados los inmigrantes del *Emilia* en el *Pontón Mora*, empezaron a sucederse los contagios. El número primero fue de quince y rápidamente ascendió a cincuenta. El total de contagiados fue de ciento diez, de los cuales fallecieron treinta y seis durante el mes que duró la cuarentena. Posteriormente en su memoria, la Junta de Sanidad atribuyó estos casos a una mala combinación entre la alimentación provista y las condiciones de los pasajeros de tercera. Y es que un día antes de que se desataran los casos, durante el recorrido para encontrar una nueva locación para el lazareto, la comisión paso a suficiente distancia para observar la provisión de alimentos para los cuarentenarios. Entre ellos observaron que había un cajón que contenía bacalao, pescado que al ser consumido producía una enorme sed. Los pasajeros de primera y segunda podían recurrir a diferentes bebidas, pero los de tercera seguramente habrían tenido que valerse del agua del río, donde los saladeros vertían sus residuos y la propia embarcación vaciaba sus letrinas. Para las autoridades este hecho estaba directamente vinculado con los casos que aparecieron a la mañana siguiente. En

efecto, la hipótesis del consumo de agua contaminada como causante de la enfermedad ya había sumado varios adeptos, después de un período inicial de poca aceptación en las Conferencias Sanitarias europeas de las teorías de Snow y Budd.¹⁵⁷ Se resolvió entonces trasladar a los cuarentenarios a la Isla Martín García para evitar el consumo de agua contaminada, lo que redujo significativamente los contagios.

Luego de las primeras diez defunciones, la *Revista Médico Quirúrgica* republicó algunos documentos que habían sido difundidos días antes por la prensa política. Uno de ellos era el acuerdo para la erección de lazaretos firmado con el Uruguay. Publicar ese documento tenía como intención remarcar la necesidad de que esa iniciativa pasara del campo de las ideas a la realidad material. El segundo documento iba en una dirección similar, y correspondía a la respuesta de una carta en la que el Gobierno de la Provincia consultaba al Consejo de Higiene sobre las medidas a tomar para preservar la salud de la capital en el contexto de los fallecimientos. Allí el presidente del Consejo de Higiene Pública, Luis M. Drago, mencionaba que los casos de cólera acontecidos “ocurrían en el lugar que por todas las condiciones que lo rodean esta hoy convertido en un verdadero foco de infección”¹⁵⁸ lo cual representaba un enorme peligro para la ciudad:

“Solo bajo una despreocupación increíble, bajo una imprevisión lamentable y una incompetencia funesta, puede haberse constituido un lazareto en la costa firme de la Ensenada sobre poblaciones continuas, en un fondeadero libre, en un territorio rodeado por cursos de agua aferentes, sin aislamiento posible, con vías férreas a su puerta, en un paraje de estación donde los buques no son visitados previa su entrada al puerto de la capital y donde existe una policía tan ilusoria que ha permitido ser burlada por cientos de cuarentenarios que han abandonado el lazareto en pleno día, según lo demuestra el informe que ha publicado la comisión de inmigración.”¹⁵⁹

Afirmaba Drago que las continuas denuncias motivaron que finalmente el lazareto en tierra se evacuara y se estableciera el lazareto flotante. Solo que su instalación fue a 100 metros del puerto de la Ensenada, en un buque sin capacidad suficiente, con agua potable contaminada

¹⁵⁷ John Snow condujo un experimento durante la epidemia de colera de Londres de 1854. Utilizando los registros de defunción pudo mapear un elevado número de casos en la cercanía de una bomba de provisión de agua, ubicada en Broad Street. La desactivación de la bomba provocó una reducción de casos, a pesar de lo cual la teoría de Snow no fue aceptada por las autoridades sanitarias. Sobre este caso nos remitimos a Cerda, J.; Valdivia, G. (2007). John Snow, la epidemia de colera y el nacimiento de la epidemiología moderna. En *Revista Chilena de Infectología*, v.24, n°4, agosto 2007, 331-334.

¹⁵⁸ *Revista Médico Quirúrgica*, año 11, n°18, diciembre de 1873, 296.

¹⁵⁹ *Revista Médico Quirúrgica*, año 11, n°18, diciembre de 1873, 297.

y con enormes facilidades para burlar el aislamiento. La invasión del cólera a la capital era para Drago “una cuestión de horas si es que no se había producido ya”.¹⁶⁰

Por estos motivos proponía distintas medidas provisorias, en especial el traslado de los cuarentenarios a la cantidad de embarcaciones necesarias para el aislamiento en una zona cercana a Punta Lara, donde también debería incendiarse el lazareto flotante actual que “(...) está convertido en un foco infecto”.¹⁶¹ Se sumaba además la instalación de un gran número de policías que pudieran garantizar que se cumpla el aislamiento asignado a esas embarcaciones. Para Drago, el peligro de que el cólera llegara a la ciudad era realmente inminente, por lo que también redactó una serie de instrucciones para los médicos parroquiales, que incluían visitar dos veces por día los inquilinatos, conventillos y todas aquellas viviendas donde existiera aglomeración de personas. Los médicos debían reportar cualquier situación problemática a las autoridades para tomar las medidas de prevención correspondiente, inclusive evaluar la posible separación de los enfermos a lazaretos acordes, función que la instalación de la Ensenada no estaba en condiciones de cumplir. Con los primeros casos aparecidos en Buenos Aires los tiempos se aceleraron, otros establecimientos apropiados debían ser puestos a disposición rápidamente. Ya a principios de enero de 1874, la *Revista Médico Quirúrgica* consignaba la instalación de tres lazaretos urbanos. A estos espacios nos dedicaremos en los próximos apartados.

Este capítulo inició con la presentación de varios casos de desencuentros entre autoridades sanitarias de distintos países, eventos que motivaron y pusieron en evidencia la necesidad de acuerdos internacionales para evitar la entrada de enfermedades. Sin embargo, y a pesar del esfuerzo puesto en llegar a los acuerdos, ninguno de los gobiernos de los tres países ratificó los reglamentos con fuerza de ley. Lo mismo sucedió con el acuerdo entre Argentina y Uruguay para la construcción de lazaretos. Según Lima Chaves, ambos convenios estaban vinculados y cuando no fue ratificado el acuerdo que le daba marco al de erección de lazaretos este tampoco fue aprobado por los respectivos gobiernos. Sumado a esto, el gobierno de Brasil veía con desconfianza un lazareto compartido entre la Argentina y el Uruguay, ya que sospechaban que podía ser utilizado para perjudicar a las procedencias de puertos brasileros. Aun así, las cuarentenas siguieron siendo el recurso más utilizado por los tres países para precaverse de la entrada de las enfermedades.

¹⁶⁰ *Revista Médico Quirúrgica*, año 11, n°18, diciembre de 1873, pp. 297

¹⁶¹ *Revista Médico Quirúrgica*, año 11, n°18, diciembre de 1873, pp. 298

A pesar de no haber sido ratificado, abordar este congreso permitió observar varias cuestiones. Por un lado, pudo verse cuales eran los intereses en juego por parte de los tres países a la hora de discutir estrategias sanitarias que se vinculaban intrínsecamente con su actividad comercial y con la creciente importancia que tomaría la inmigración en el desarrollo de los tres países. En ese sentido la convención no tenía como objetivo principal la discusión de teorías medicas de origen y propagación de las enfermedades. Por el contrario, se estableció un escenario en el cual la sanidad y el comercio se vieron mediadas por la agenda política de los agentes diplomáticos que, a fin de cuentas, tenían la última palabra.

En ese sentido es de destacar que los nombres de los médicos intervinientes en la convención fueron incluidos en el acta de cierre solo por pedido de Pedro Mallo, originalmente solo la firmarían los ministros. En pos de esto no es de extrañar que, cuando Mallo presentó su balance sobre la experiencia de la convención en la Memoria de la Junta de Sanidad, planteara la necesidad de que todos los participantes del encuentro tengan derecho a voto individual, el cual "(...) utilizarían conforme a su ciencia y conciencia, en pro o en contra, con reserva o condicionalmente".¹⁶² Justificaban esto diciendo que en tanto que la opinión acerca de las cuarentenas y su eficacia se encontraba dividida era deber de los gobiernos conocer las opiniones de sus delegados para no imponerles un misión contraria a su conciencia.

La profesión médica estaba aún en el proceso del reconocimiento profesional y estos espacios deliberativos, donde empezaron a ser incluídos, constituían un paso hacia su formalización, en tiempos donde las certezas que podían dar en relación con la causa de las enfermedades aun eran escasas. El acuerdo entre los mismos médicos resultaba relativo inclusive entre profesionales de un mismo país, como fue el caso de Wilde y Mallo, e inclusive en algunos casos, inexistente en especial cuando partían de teorías incompatibles entre sí. En ese sentido es interesante destacar el rol de Eduardo Wilde que mostraba una mirada más amplia y diplomática que buscaba conciliar la salud pública con la actividad comercial, perfil diferente al que traslucía en su escritura de las *Memorias de la Junta de Sanidad*. Esa capacidad le permitió con posterioridad aspirar y asumir otros roles en la gestión pública que excedían a la medicina. En el contexto de la epidemia de cólera Wilde presentó su renuncia a la Junta de Sanidad.

¹⁶² *Departamento de Guerra y Marina* (1873):831.

CAPITULO 4

EL AISLAMIENTO COMO PROBLEMA

“(...) estaba en la práctica de nuestro sistema sanitario urbano: acordarse de la defensa cuando el peligro es inevitable, y jamás luchar para prevenirlo”. Penna (1910):291.

En este capítulo nos ocuparemos de distintos proyectos alternativos para dar respuesta a la propagación de enfermedades, ligados en su mayoría con la recepción de inmigrantes y permitiendo aislarlos en el caso de un posible riesgo de contagio. Como hemos visto previamente, las instalaciones del lazareto de la Ensenada distaban mucho de estar en condiciones óptimas para cumplir su función, a tal punto que se utilizaban embarcaciones como lazaretos flotantes cercanos a las instalaciones en tierra. En ese sentido, el lazareto de la Ensenada funcionaba más como una locación que como un establecimiento para el aislamiento propiamente dicho.

Los eventos ocurridos a fines de 1873 en el *Pontón Mora* pusieron de manifiesto las limitaciones de la Ensenada como espacio de cuarentena real. Sumado a esto las posibilidades de construir un lazareto en la Isla Martín García, o lograr compartir el de la Isla de Flores con el gobierno oriental, parecían cada vez más lejanas. Cualquiera de las dos alternativas, por otra parte, necesitaba de un tiempo de concreción con el que el Estado argentino en general y la ciudad de Buenos Aires en particular no contaban, considerando los riesgos de una inminente epidemia de cólera en puerta. Otros establecimientos para cuarentena, aunque fueran provisorios, eran necesarios de manera urgente y distintos lugares fueron considerados para alojar esta función.

Estudiaremos las locaciones propuestas ya que nos permitirán ver distintas lecturas con respecto a la ciudad y la conveniencia o no de instalar ciertos programas arquitectónicos en determinados sitios, considerando el posible impacto que esto podía llegar a tener en el presente inmediato, como también en el futuro desarrollo urbano. Aquí los caminos del programa lazareto se entrecruzan con otros programas arquitectónicos de aislamiento. En primer lugar, con la idea de un “asilo de inmigrantes” que luego fue denominado como “hotel de inmigrantes”. En sus dos versiones su función principal era la de dar contención a las masas de extranjeros que llegaban al puerto. Sin embargo, veremos cómo en un contexto de epidemia también podía sumar funciones de aislamiento de esos mismos sujetos.

En segundo lugar, sostenemos que el programa lazareto puede relacionarse con un grupo de programas arquitectónicos que tenían como finalidad el aislamiento de diversos males urbanos, como las desviaciones morales, la criminalidad, la locura y la mendicidad. Distintas investigaciones ya han mostrado la territorialización de ciertos sectores de la ciudad en relación con estas desviaciones.¹⁶³ Veremos aquí como el programa lazareto también se integró a estos programas que necesitaban estar marginados del medio urbano para cumplir su función.

Analizar este proceso tomando como punto de inicio la epidemia de colera del Pontón Mora, evento poco relevado por la historiografía de la salud, nos permitirá observar los diálogos, tensiones y desconfianzas entre órganos de gobierno a distintas escalas, específicamente entre el gobierno nacional y las autoridades municipales de la ciudad de Buenos Aires, que se sucedieron constantemente en el periodo de análisis. Veremos como este evento derivó rápidamente en la adopción de diferentes soluciones, tanto arquitectónicas como espaciales para intentar poner un freno al contagio de la enfermedad.

En ese sentido se vuelve relevante la hipótesis de Maximiliano Fiquepron que sostiene a las epidemias como “vectores de institucionalización” de medidas, ordenanzas, controles y estrategias para combatirlas, no limitándose a intentar poner un freno a los casos surgidos, sino también generar cambios a largo plazo en áreas sensibles de la salud pública.¹⁶⁴ Sostenemos que esa institucionalización debe tensionarse, al menos, en dos aspectos. El primero radica en la problemática de la escala y el rol de la ciudad. En efecto, la resolución de la denominada *cuestión capital* (Shmidt, 2012), que terminó definiendo a la ciudad de Buenos Aires como el lugar de asiento de las máximas autoridades del Estado, fue el final de un largo proceso en el cual ciudades como Paraná, Villa Fraile Muerto, Rosario o la propia Isla Martín García fueron propuestas como posibles capitales. Si bien la importancia de Buenos Aires a través de su puerto era indiscutible, la indefinición de una capital permanente planteaba preguntas acerca de cuál sería la escala de la ciudad, en qué dirección crecería, cuáles serían sus límites y, en relación directa con estos puntos, cuáles serían las obras arquitectónicas y de infraestructura necesarias para dar respuesta a esas demandas.

Para Liernur en ese contexto se construyó una “ciudad efímera”, una Buenos Aires que fue definiendo su infraestructura edilicia desde mediados del siglo XIX pero que con la capitalización en 1880 rápidamente debió modificarse y cambiar de escala.¹⁶⁵ En el caso de los espacios de cuarentena, ese proceso se cruzó además con dos posturas enfrentadas. La primera

¹⁶³ Ruiz Díaz (2018).

¹⁶⁴ Fiquepron (2020):94.

¹⁶⁵ Liernur (1993).

que entendía que los lazaretos podían ser estructuras temporales, creadas a demanda de una epidemia y que pasada esta se podían desactivar. La segunda que planteaba que las enfermedades contagiosas eran un problema permanente y que enfrentarlas demandaba una infraestructura sanitaria compleja y perdurable en el tiempo. Veremos cómo ambas posturas convivieron en un proceso dinámico, en el que el entorno urbano mismo estaba siendo constantemente redefinido.

4.1. Localizar las cuarentenas. Estrategias urbanas para el problema del aislamiento

Previamente hemos visto las críticas realizadas por el presidente del Consejo de Higiene Pública, Luis M. Drago, a las deficientes condiciones de las instalaciones del lazareto de la Ensenada. En el marco de los numerosos contagios ocurridos en el lazareto flotante *Pontón Mora*, Drago ponía en evidencia la precariedad del sistema de cuarentenas siendo la ubicación una de sus principales críticas. Tanto la prensa general como la especializada, principalmente a través de la *Revista Médico Quirúrgica*, se habían hecho eco de las críticas de Drago y demandado una mayor celeridad en el avance de las obras planteadas en el acuerdo logrado con la República Oriental para la construcción de lazaretos.

El llamado de atención de Drago no fue el único. En efecto, en el mismo mes de diciembre en que esas noticias se difundieron, Belisario Roldán, presidente de la Comisión de Inmigración, alertaba por nota del día 13 al Ministerio del interior que en lo que restaba del mes, y durante enero, se esperaba la llegada de al menos 15.000 inmigrantes, para los que no se contaba con lazaretos en caso de necesidad de ponerlos en cuarentena. Sugería entonces que el gobierno se proveyera de los buques necesarios que oficiaran de lazaretos flotantes.

No era la primera vez que la comisión emitía críticas a la situación de las instalaciones cuarentenarias, a pesar de que, como reconocían en su escrito, no contaban entre sus miembros con facultativos ni especialistas en la materia.¹⁶⁶ La nota fue derivada a la Junta de Sanidad que recibió las sugerencias prácticamente como una intromisión a sus atribuciones. En nota firmada por Bustillo, Mallo y Wilde se aseguraba que la Comisión de inmigración no tenía por qué aconsejar medidas sanitarias, siendo esa la función de la Junta de Sanidad que estaba preparada y calificada para hacerlo. Justificaban además la ausencia de lazaretos en tierra asegurando que no había terreno donde construirlos, y de lazaretos flotantes aseverando que no había fondeaderos donde establecerlos. En vistas de la llegada de los nuevos inmigrantes, la junta aconsejaba enviar los lazaretos flotantes a la Isla Martín García, como se había realizado previamente cuando se evacuó el Pontón Mora. En cuanto a las réplicas de la comisión,

¹⁶⁶ *Ministerio del Interior* (1874): 423.

afirmaban que el gobierno “(...) no debe aceptar consejos oficiosos de corporaciones incompetentes y que no tienen conocimiento de las medidas que el Gobierno toma, o se halla dispuesto a tomar”.¹⁶⁷

La reprimenda también sumó una nota firmada por el presidente Domingo F. Sarmiento exigiéndole al presidente de la Comisión que se limite a los asuntos de su competencia y evite juzgar la conducta del Gobierno.¹⁶⁸

Cabe preguntarse aquí cuales eran las atribuciones reales de la Comisión de inmigración y si efectivamente estaba excediéndose en sus funciones. La realidad es que esto no resulta del todo claro. En marzo de ese mismo año, es decir cuando el Congreso Sanitario aún no estaba confirmado, el Ministerio del Interior le había propuesto a la Comisión “hacerse cargo de la administración y movimiento mecánico de los lazaretos flotantes y de tierra” ya que contaba con “elementos especialísimos” para ejercer esa función.¹⁶⁹ Claramente aquí había una superposición con las atribuciones que tenía la Junta de Sanidad, cuyas autoridades habían ganado reconocimiento luego del rol ejercido en el Congreso Sanitario. Por su parte, la Comisión de Inmigración precedía a la Junta en antigüedad y también había adquirido un cierto prestigio.

En efecto este organismo fue creado en 1856, 13 años antes que la Junta de Sanidad, primero como un organismo dependiente del Estado de la Provincia, que paso luego a responder al Gobierno Nacional. Como otras comisiones de la época estaba integrada por vecinos notables que ejercían su cargo en forma gratuita, lo que otorgaba un enorme reconocimiento en la sociedad. La importancia de estas comisiones no era menor, por el contrario, fueron medios de asociación civil con los cuales el Estado articulaba para poder dar respuesta a ciertas problemáticas del medio urbano. Podemos citar como otro ejemplo la formación de las Comisiones Parroquiales en el contexto de la aparición de casos de fiebre amarilla en 1858. En dichas comisiones participaban los vecinos más respetables de cada parroquia y tenían a su cargo la inspección de manzanas para detectar nuevos casos. Para Figuepron, “las comisiones parroquiales se consolidaron como el principal instrumento para enfrentar las crisis, ya que permitían descentralizar la acción ante los problemas que planteaba una epidemia”.¹⁷⁰ De todas formas no siempre las comisiones se posicionaban favorablemente frente a las autoridades de turno. Otras agrupaciones creadas en la misma época, como las Comisiones Populares, se

¹⁶⁷ *Ministerio del Interior* (1874): 425.

¹⁶⁸ *Ministerio del Interior* (1874): 425.

¹⁶⁹ *Ministerio del Interior* (1874): 430.

¹⁷⁰ Figuepron (2020):99.

presentaron como denunciantes de la lentitud o inoperancia del gobierno en temas que consideraban relevantes, reclamando recursos para enfrentar la crisis.

En el caso de la Comisión de inmigración, podemos decir que funcionaba como uno de estos instrumentos que permitía descentralizar la acción, en este caso, del Ministerio del Interior. Este ministerio tuvo entre sus incumbencias todo lo relativo a la inmigración hasta 1887, cuando esa responsabilidad pasó al Ministerio de Relaciones Exteriores.¹⁷¹

Originalmente la idea de una Comisión de Inmigración surgió de un grupo de vecinos que buscaron dar ayuda a los inmigrantes recién llegados que no contaban con orientación, dinero, ni trabajo; y que, por esa condición, podían ser víctimas de delincuentes o estafadores. En nota de octubre de 1856 al entonces ministro Vélez Sarsfield, los miembros de esta primera agrupación expresaron su interés en ofrecer sus servicios, esperando que el Estado pudiera proveer un local donde los inmigrantes permanecieran y recibieran alimentos hasta que pudieran encontrar alojamiento. Quienes integraban este primer grupo eran Thomas Armstrong, Manuel Cobo, Jorge Fernau y Francisco Moreno. Tal vez el nombre más reconocido de esta lista sea el de Thomas Armstrong, inmigrante irlandés que había llegado a Buenos Aires en 1817 junto con su hermano John. Proveniente de una familia de comerciantes promovió la inmigración de otros irlandeses y estableció lazos políticos relevantes luego de su matrimonio con Justa Villanueva, hija del ex alcalde de la ciudad Pedro Esteban Villanueva. Siendo un comerciante de gran importancia fue cofundador de la Bolsa de Comercio, director del Banco Provincia y un inversor de relevancia en la construcción de los primeros ferrocarriles de la ciudad.¹⁷² Por esto no es de extrañar que las primeras reuniones de la comisión se llevaran a cabo en los salones de la Bolsa de Comercio, oficiando Armstrong como presidente.¹⁷³

La respuesta de Vélez Sarsfield a la propuesta resultó afirmativa y ordenó al jefe de policía que se les asignara alguno de los edificios de Palermo que fueron propiedad de Rosas y que, luego de su expulsión, habían pasado a manos del Estado. Sin embargo, dicho local no les fue entregado por lo que se utilizó temporalmente en su lugar la *Fonda de Jacotin*, donde los inmigrantes recibían alimento y hospedaje durante los primeros cuatro días desde su llegada. Casi un año después, en julio de 1857, se firmó el contrato de alquiler para el que sería el Depósito de Inmigrantes desde esa fecha hasta 1873, cuando sucedió la epidemia del *Pontón Mora*. Dicho establecimiento se encontraba emplazado en la esquina de la calle Corrientes y 25

¹⁷¹ Ochoa de Eguileor; Valdes (2000): 43

¹⁷² Society for Irish Latin American Studies. Tomado de: http://www.irlandeses.org/ipnl_armstrong.htm

¹⁷³ Ochoa de Eguileor; Valdes (2000): 75

de Mayo, en un terreno irregular que ofrecía un pequeño frente sobre Paseo de Julio, y a escasa distancia de la Capitanía de Puerto donde funcionaba la Junta de Sanidad (**Figura 4.1 y 4.2**).

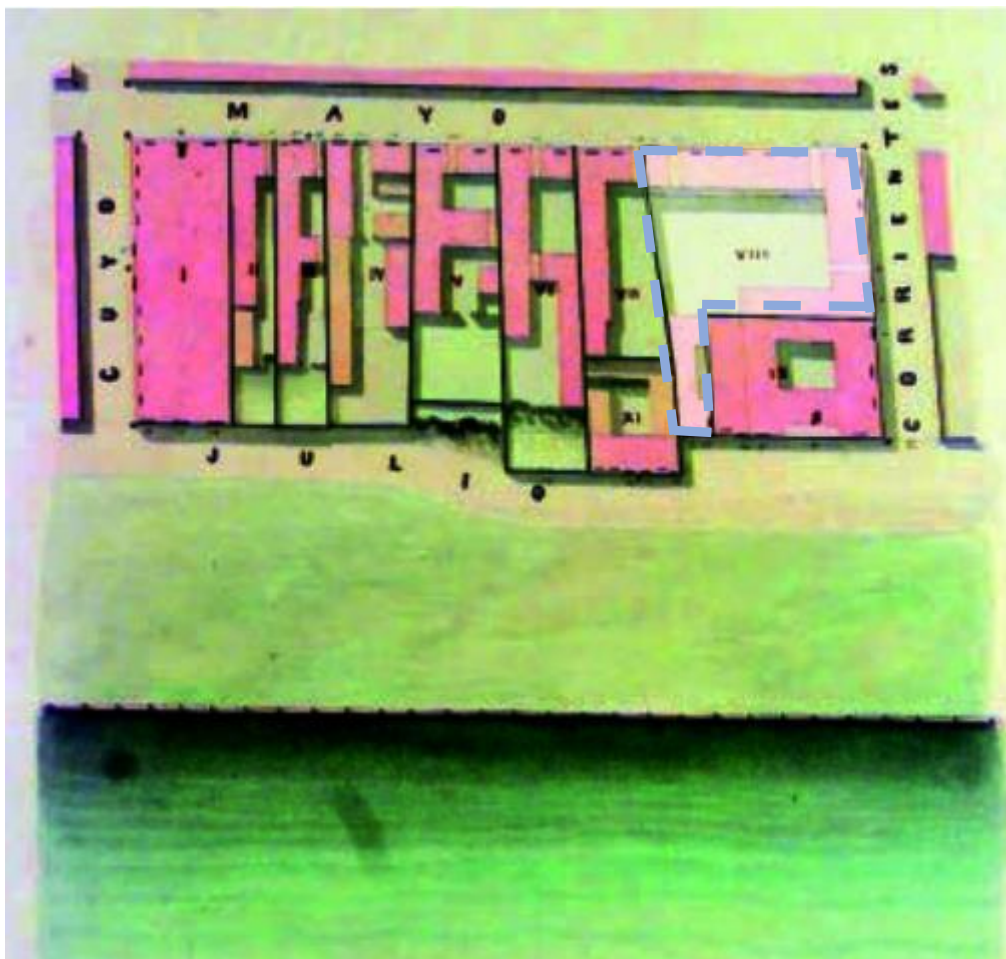


Figura 4.1: Ubicación del Asilo de Inmigrantes en la manzana comprendida por las calles Corrientes, 25 de Mayo, Cuyo (actual Sarmiento) y Paseo de Julio (actual Leandro N. Alem). Fuente: Lima González Bonorino (2005): pp. LXXXII.

Contaba con capacidad para 200 hombres y 100 mujeres, además de una habitación para la atención de enfermos para lo cual disponía de un médico ad-honorem (**Figura 4.3**). Desde su inauguración hasta 1873, cuando sucedió la epidemia de cólera, fueron alojados en el asilo 51.859 inmigrantes.¹⁷⁴ Este número no implicaba que las instalaciones del establecimiento fueran las más adecuadas. En las memorias se sucedían los pedidos de modificaciones indispensables para un mejor funcionamiento que pudiera garantizar condiciones más dignas. La aspiración mayor era conseguir un local propio para un nuevo establecimiento. Recordemos que el edificio existente era una propiedad alquilada, en la que se había adaptado lo que previamente eran un almacén y un corralón. Finalmente, en 1870, el gobierno de Buenos Aires

¹⁷⁴ Ochoa de Eguileor; Valdes (2000): 22.

concedió a la comisión el uso de media manzana en un terreno público sobre la costa comprendido entre las calles Artes y Suipacha. A la vez se elevó un proyecto de ley a la legislatura para su donación efectiva, lo que finalmente sucedió en febrero de 1874.¹⁷⁵

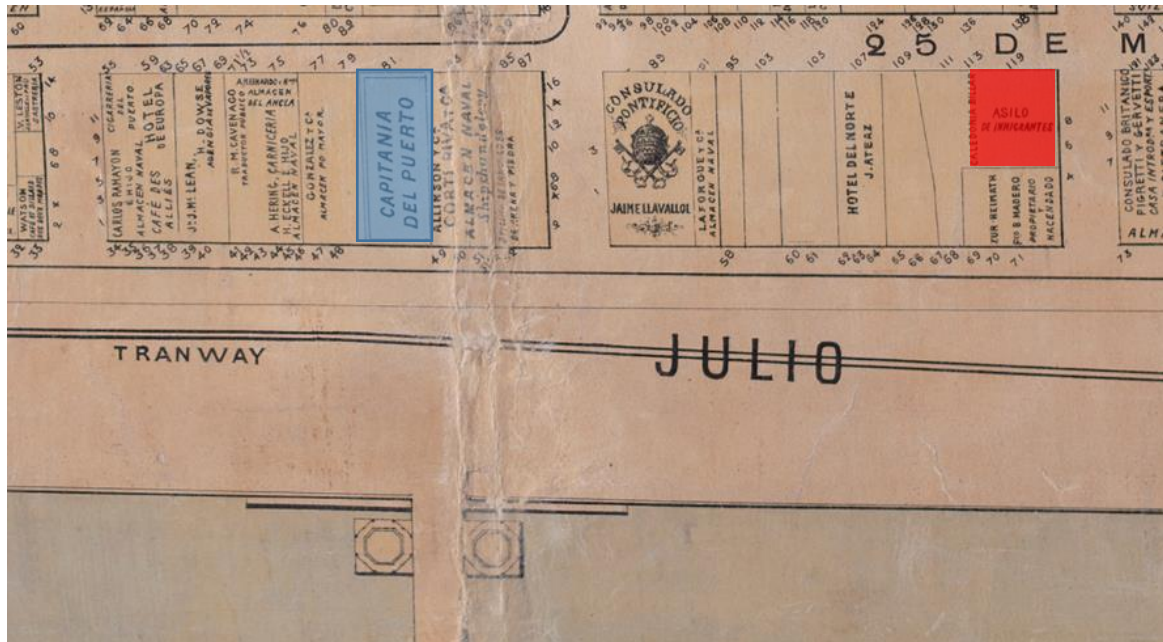


Figura 4.2: Ubicación del Asilo de Inmigrantes (rojo) y la Capitanía de Puertos (azul). Puede verse también la entrada al muelle de pasajeros. Fuente: Gran mapa mercantil de la ciudad de Buenos Ayres. 1870.

¹⁷⁵ Ochoa de Eguileor; Valdes (2000): 82.

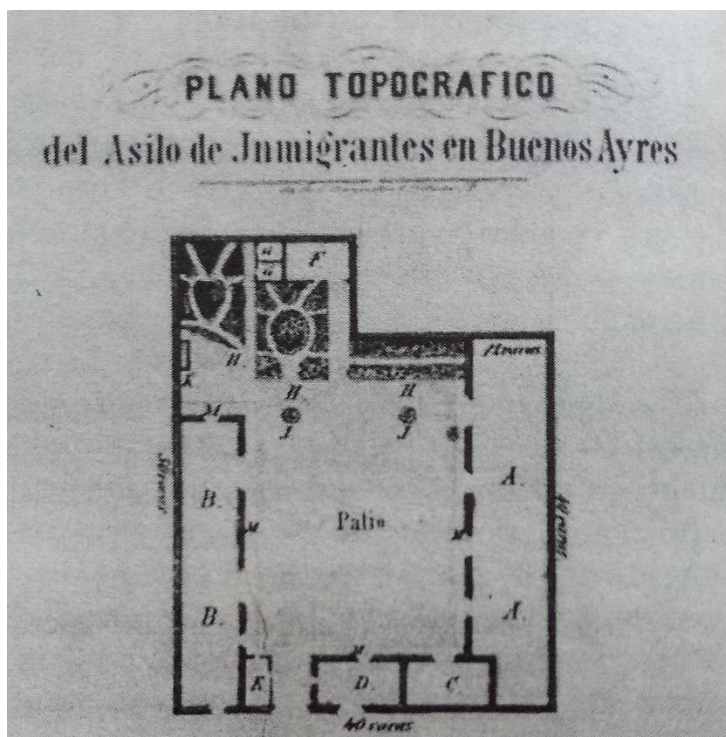


Figura 4.3: Planta del Asilo de Inmigrantes. Además del Departamento de Hombres (A) y el de mujeres (B), el asilo contaba con un Departamento de enfermos (C). Fuente: Ochoa de Eguileor; Valdes (2000): 78

Desde diferentes campos de estudio se han abordado estos diferentes programas de forma particular. Por su complejidad y heterogeneidad, no son frecuentes las investigaciones que planteen entenderlos en forma simultánea, y como parte de un mismo proceso de modernización y reconfiguración urbana. Por el contrario, sostenemos aquí que los proyectos para reemplazar establecimientos para el aislamiento, como la cárcel del Cabildo, donde existían criminales y también enfermos mentales, o el Hospital General de Hombres pueden entenderse como dentro de un mismo proceso de modernización urbana que involucró la creación de nuevas cárceles, manicomios, asilos, mataderos y cementerios. Introducirnos en las lógicas de dichas transformaciones nos ha permitido ver que la cuestión de la ubicación de los nuevos edificios jugó un papel crucial, buscando una separación efectiva de estos elementos peligrosos para el desarrollo del cuerpo social y urbano. En esto hay una primera lectura de que se entendía como el centro y las periferias de la ciudad, lo que también podría interpretarse como un “adentro” y un “afuera”. Nos remitimos para esto al plano de la ciudad de Buenos Aires elaborado en 1824 por José María Romero durante la gestión de Rivadavia al frente de la ciudad, donde se establecía una suerte de límite entre lo urbano y la periferia. El límite al oeste lo constituía el eje Entre Ríos-Callao, separación que se hubiera fortalecido aún más si se hubiera concretado el proyecto de boulevard arbolado pensado para esa arteria de la ciudad (**Figura 4.4**). Aun así, la calle Callao fue considerada como el “Boulevard de Circunvalación” y (...) borde

necesario para delimitar el espacio pasible de racionalización y control”¹⁷⁶ de una ciudad concentrada según la intención de Rivadavia de Buenos Aires “(...) se plegara sobre sí misma”.¹⁷⁷



Figura 4.4: Plano Topográfico de Buenos Aires y sus suburbios, José María Romero, 1824. Hemos destacada el límite en color rojo. Fuente: Aliata, F. (2006) La ciudad regular. Arquitectura, programa e instituciones en el Buenos Aires posrevolucionario, 1821-1835.

Cuando los distintos programas asilares fueron proyectados, la ubicación pensada, en la mayoría de los casos, continuó respondiendo a estos límites, o al menos consideraba la idea de un crecimiento hacia el oeste a partir del centro, relegando los sectores sur y norte. Otro proyecto que proponía transformaciones para la ciudad en su conjunto demuestra que se seguía pensando en una ciudad concentrada dentro de ciertos límites (**Figura 4.5**).

En efecto el proyecto de José Marcelino Lagos de 1867 mantiene la idea de un boulevard de circunvalación, aunque mucho más ambicioso que en la idea original de Rivadavia, que continúa funcionando como un límite dentro de la cual se plantean operaciones urbanas de gran escala, inspiradas en el gran faro de las elites porteñas, París. La idea de grandes avenidas que vinculan a distintas plazas, los paseos urbanos, se inspiraba en las operaciones que había realizado Haussman en la capital francesa.

De todas formas, en este caso, pueden verse operaciones morfológicas que responden justamente a transmitir una idea de racionalidad técnica, de la ciudad como máquina, un “centro

¹⁷⁶ Gorelik (1998):87.

¹⁷⁷ Gorelik (1998):87.

matemático” de la ciudad definido por el cruce del eje de la actual Avenida 9 de Julio con otro eje que parte de su “centro histórico” en la Plaza de Mayo y se proyecta hacia el oeste, anticipando el plan de la Avenida de Mayo. Ese punto es a su vez centro de la circunferencia que define los límites urbanos, punto de partida de grandes diagonales, y referencia para la ubicación equidistante de las cuatro grandes plazas. Claramente es un proyecto que busca imponer su voluntad de forma a la realidad del territorio.

Lo que más nos interesa señalar es esta voluntad, que se ha mantenido desde la época Rivadaviana, de concentrar la ciudad, de definir sus límites, porque esto permitía definir territorios y también ubicación de programas arquitectónicos no deseados, pero necesarios, y a la vez símbolos de una ciudad que comenzaba a administrar racionalmente los nuevos problemas urbanos, que se derivaban del rápido crecimiento poblacional, lo que luego se denominará “cuestión social”.¹⁷⁸

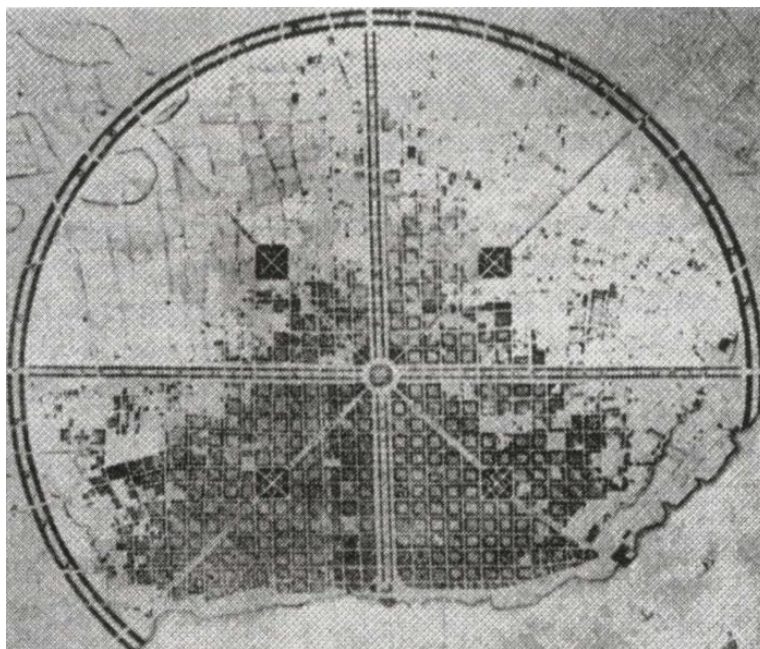


Figura 4.5: Proyecto para Buenos Aires de José Marcelino Lagos, 1867. El proyecto ya anticipaba la construcción de dos grandes ejes que hoy configuran la Avenida de Mayo y la Avenida 9 de Julio. Fuente: Gorelik (1998).

Podemos ver que, para el momento en que el terreno para la construcción de un nuevo Asilo de Inmigrantes fue otorgado (número 4 en la **Figura 4.6**), existían al menos tres sectores de la ciudad en los que se habían proyectado distintos programas asilares o de separación.

¹⁷⁸ Caimari (2004).

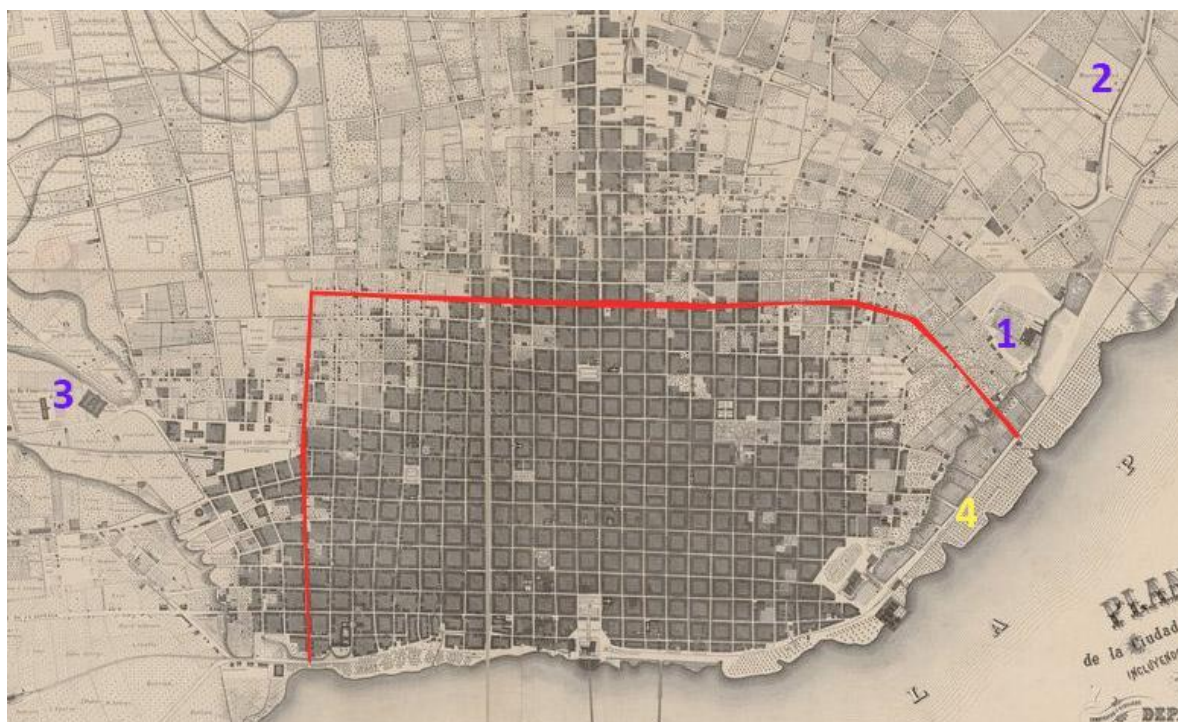


Figura 4.6: Ubicación de proyectos destinados a distintos programas de aislamiento o separación. Fuente: Glade, C. (1867). Plano topográfico de la ciudad de Buenos Aires y de todo su municipio incluyendo parte de los partidos de Belgrano, San José de Flores y Barracas al sur. En la Memoria Municipal de 1873 se señala que las calles Entre Ríos, Callao y Caseros son las que “circundan el municipio”.¹⁷⁹

En el sector 1 se construyeron el Matadero del Norte, el Cementerio del Norte – actual Recoleta- y el Asilo de Mendigos. En el sector 2 se ubicó la Penitenciaría de Buenos Aires, después de un largo proceso proyectual en el que originalmente se había pensado ubicarla en el sector 3, donde se concentraron la mayor cantidad de programas asilares. En efecto, allí se proyectaron y construyeron el Asilo de Hombres Dementes – actual Borda-, el Asilo de Mujeres Dementes -actual Moyano-, el Asilo de Inválidos y el Cementerio del sur. La intervención del Consejo de Higiene evitó que la nueva cárcel de Buenos Aires se construyera en ese lugar, argumentando que no era conveniente el agrupamiento de tantos programas considerados insalubres en un único sector de la ciudad. Volveremos a estos fragmentos urbanos más adelante.

En el caso de los programas arquitectónicos que hemos nombrado resulta claro porque podían ser considerados como nocivos para el cuerpo social. Cabe preguntarse aquí si es posible agrupar a los inmigrantes como un problema a resolver de carácter similar a la criminalidad o la desviación mental, más allá de que para todos esos males se proyectara un establecimiento que recibió el nombre de “asilo”. Si bien aún faltaban dos años para el impulso que significó la Ley de inmigración y Colonización, ya hemos visto que para el gobierno los inmigrantes formaban

¹⁷⁹ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1873): 21.

parte del proyecto de desarrollo nacional. Es por eso que el programa asilo en este caso parecería estar apuntado a darle una mejor recepción a aquellos extranjeros que optaban por radicarse en estas tierras. Sin embargo, la idea de que las enfermedades venían del extranjero se solapaba con lo anterior, en especial en el caso de Buenos Aires según los miembros de la Junta de Sanidad:

“Centro principal del comercio de la República, de la navegación ultramarina y de una inmigración siempre creciente, Buenos Aires viene a estar en efecto más espuesta (sic) que ninguna otra de las ciudades de la Confederación a la jeneración (sic) de males epidémicos y a la importación de contajios (sic) y por lo tanto a la transmisión de ellos a las otras ciudades y pueblos de la nación”.¹⁸⁰

Otras evidencias de este solapamiento pueden verse en los acontecimientos que se sucedieron mientras el proyecto de ley que concedió el terreno para la construcción de asilo aún estaba pendiente.

Como vimos anteriormente, la comisión recibió un fuerte golpe por parte del gobierno cuando llamó la atención sobre el estado de las instalaciones cuarentenarias. Esto motivó a sus autoridades a renunciar en bloque aduciendo diferencias irreconciliables con las autoridades del gobierno en diciembre de 1873.¹⁸¹ Las funciones de la comisión pasaron temporalmente a ser ejercidas por una sola persona, el hasta entonces secretario técnico Guillermo Wilcken.

Para ese entonces ya había recibido la orden de la municipalidad de no recibir más inmigrantes en el asilo de la calle Corrientes y encontrar otro local que pudiera cumplir esa función con la condición de que “(...) fuera espacioso y hallarse ubicado fuera del recinto de la ciudad”.¹⁸² Y es que luego de un periodo de tranquilidad, luego del primer fallecimiento por cólera el 18 de diciembre, el número de muertes comenzó a escalar en los últimos dos días del año sumando, 29 el día 30 y 55 el 31. Durante la primera semana del año se sumaron 207 fallecimientos lo que encendió las alarmas de la prensa y de la población, y llevó a la *Revista Médico Quirúrgica* a asegurar que “(...) el cólera morbus ocupa en estos momentos toda la atención de los médicos”.¹⁸³ El nivel de contagios no era alarmante y la enfermedad no llegó a extenderse exponencialmente, sin embargo la letalidad que habían presentado estos primeros casos y el recuerdo de las epidemias anteriores potenciaba la idea de un nuevo episodio trágico.

¹⁸⁰ *Departamento de Guerra y Marina* (1874): 813.

¹⁸¹ *Ministerio del Interior* (1873): 427.

¹⁸² *Ministerio del Interior* (1874): 438.

¹⁸³ *Revista Médico Quirúrgica*, año 11, n°19, 8 de enero de 1874.

Los medios de comunicación se hicieron eco de esto de diferentes formas. La *Revista Médico Quirúrgica* optó por publicar en sus sucesivos números las cifras actualizadas de fallecimientos mientras duro la “pequeña epidemia”. A la vez compartió diversas notas especializadas que reflejaban los últimos estudios de la enfermedad y sus características, formas de desinfección que habían resultado eficaces y experiencias de saneamiento urbano de la ciudad de Londres. Recordemos que ya había un cierto consenso en que el cólera era una enfermedad de carácter hídrico.

En este contexto, la tarea asignada a Wilcken de encontrar un nuevo lugar para el asilo se tornaba sumamente dificultosa. Los pocos propietarios de quintas que podrían arrendar para el establecimiento se negaban a alquilarlos para esa función. Los que estaban dispuestos a hacerlo ya habían sido contactados por la municipalidad para ser utilizados como lazaretos, de los cuales hablaremos posteriormente. Esto trajo sus consecuencias, una de las propiedades alquiladas para cuarentenas fue incendiada por los vecinos para evitar su uso, lo que obligó a asignar un guardián en el resto de las propiedades arrendadas. Finalmente, a mediados de enero y ante la imposibilidad de una mejor solución, la municipalidad cedió un terreno de 8 manzanas en Palermo donde se instalaron casillas de madera y alrededor de 30 carpas con capacidad para entre 10 y 30 personas cada una, constituyendo el provisorio “Asilo de Inmigrantes de Palermo” administrado por Wilcken.¹⁸⁴

A fines de enero de 1874 el presidente de la municipalidad, Ernesto Bunge, ordenaba el traslado de los inmigrantes a otra locación por el mal estado de las carpas y de los terrenos a causa de las lluvias. Además, se habían presentado algunos casos de cólera que habían sido especialmente mortales entre los infantes mientras que otros enfermos fueron derivados al lazareto. Bunge ofrecía a los fines otro emplazamiento más acorde a las circunstancias.¹⁸⁵ Si bien Wilcken sostenía que las causas de la enfermedad no radicaban en las condiciones del asilo sino en los propios inmigrantes, argumentando que el personal tomaba la misma agua y comía la misma comida sin contagiarse, probablemente pensando en los conflictos anteriores, aceptó de buen grado el ofrecimiento de la municipalidad.¹⁸⁶ Además había dos buques en el puerto con 250 inmigrantes sin lugar donde desembarcarlos.

La propiedad ofrecida por Bunge era la llamada “Quinta Bollini”, cercana a la Penitenciaría de Buenos Aires (**Figura 4.7**). La propiedad era espaciosa pero no contaba con cocinas de las dimensiones necesarias para abastecer a tanta gente por lo que los inmigrantes

¹⁸⁴ Ochoa de Eguileor; Valdés (2000): 94

¹⁸⁵ *Ministerio del Interior* (1874): 432.

¹⁸⁶ *Ministerio del Interior* (1874): 433.

según yendo al asilo anterior a la hora del almuerzo y la cena. Una propiedad más fue rentada en el barrio de Barracas, con el objetivo de mejorar la situación mientras se avanzaba con las obras del asilo de la ribera norte.

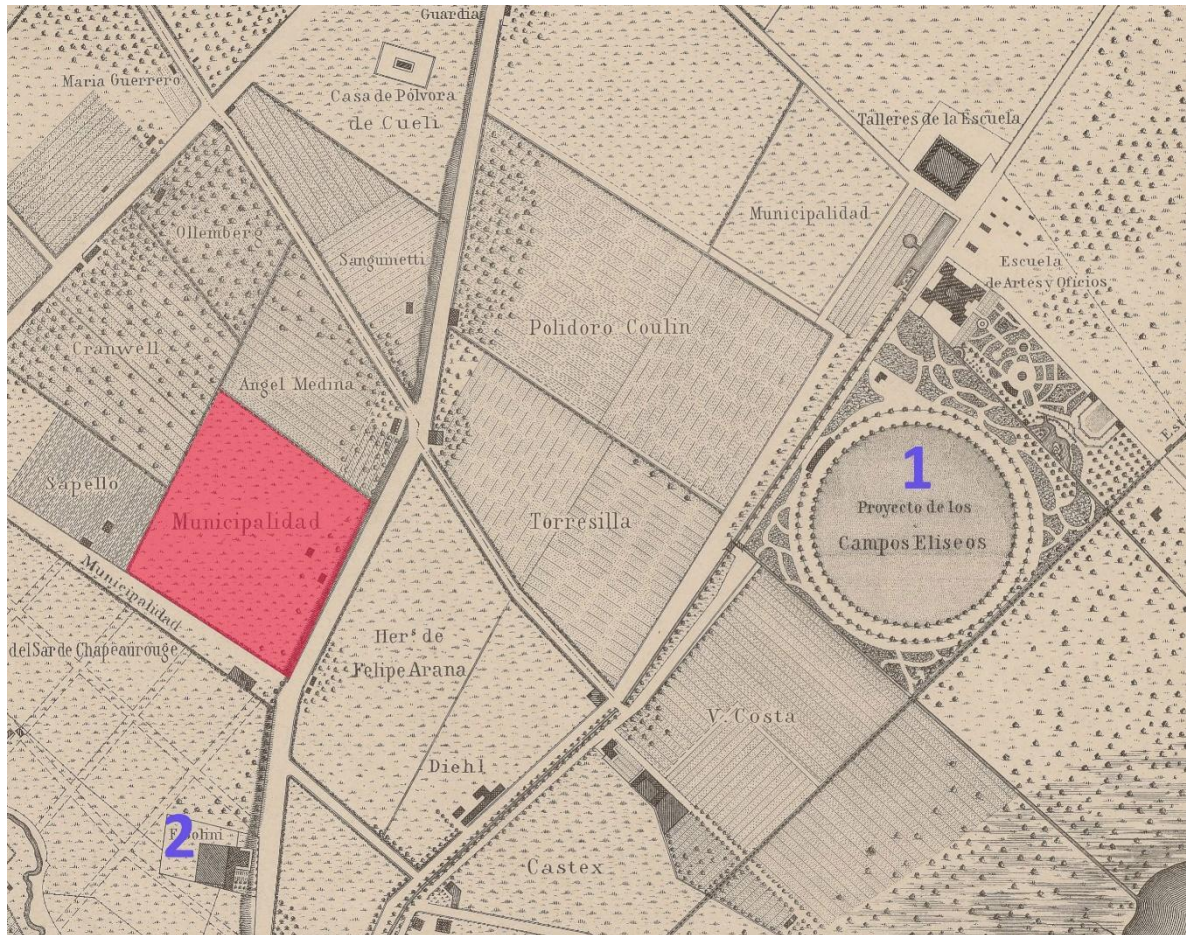


Figura 4.7: Ubicación del Asilo de Inmigrantes de Palermo (1) y la Quinta Bolini (2). En rojo emplazamiento de la Penitenciaría de Buenos Aires. Fuente: Glade, C. (1867). Plano topográfico de la ciudad de Buenos Aires y de todo su municipio incluyendo parte de los partidos de Belgrano, San José de Flores y Barracas al sur.

Los planos de ese asilo fueron confeccionados por el Departamento de Ingenieros y llevan la firma del arquitecto Enrique Aberg (**Figura 4.8, 4.9 y 4.10**). Para ese momento, Aberg ya tenía el cargo de arquitecto nacional y ese mismo año había asumido como inspector en jefe del Departamento de ingeniería Civil del Ministerio del Interior. No era la primera vez que proyectaba un edificio asilar. Previamente había participado del concurso de la Penitenciaría de Buenos Aires, pero su proyecto fue descartado.

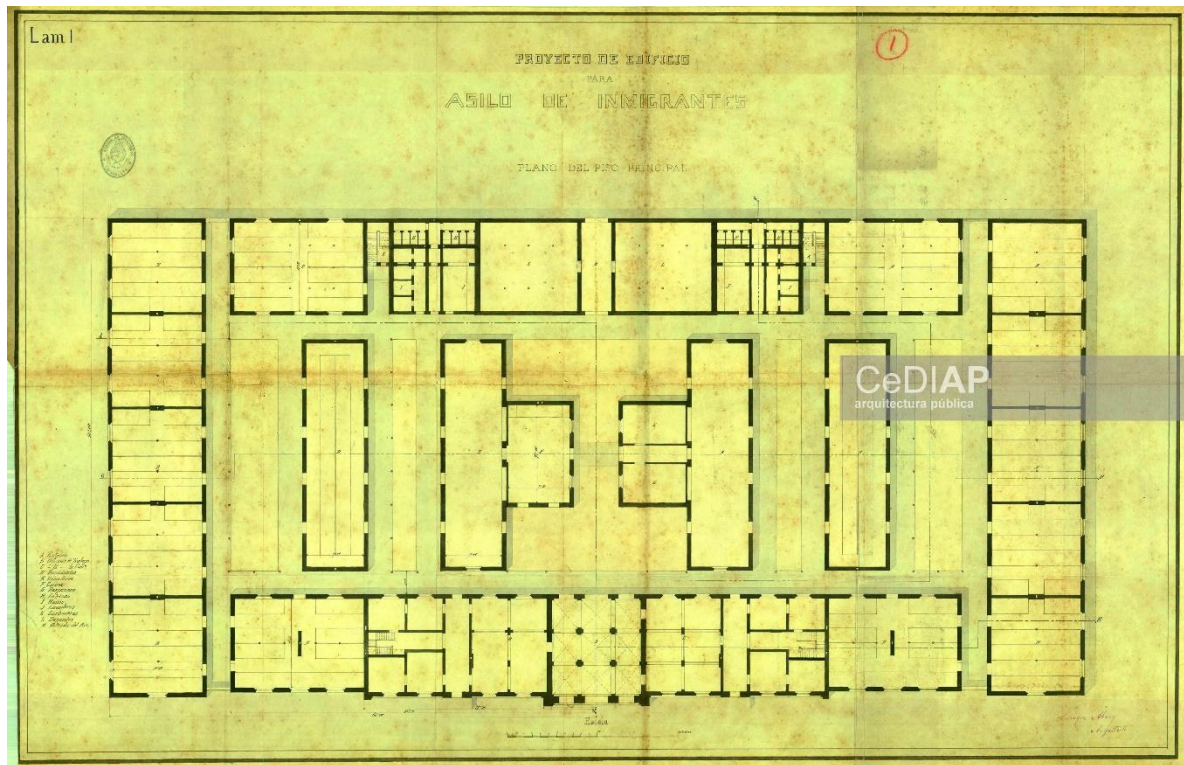


Figura 4.8: Enrique Aberg. Proyecto para el Asilo de Inmigrantes, 1874. Plano del piso bajo. Fuente: CeDIAP.

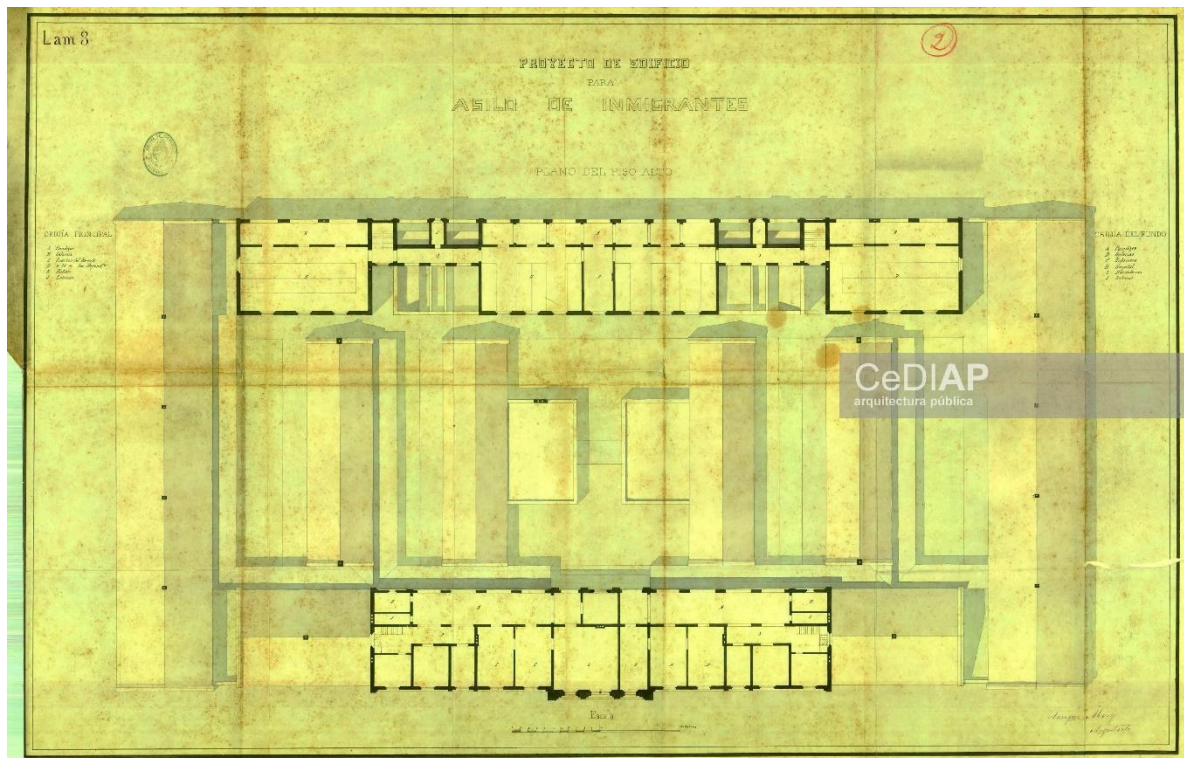


Figura 4.9: Enrique Aberg. Proyecto para el Asilo de Inmigrantes, 1874. Plano del piso superior. Fuente: CeDIAP.

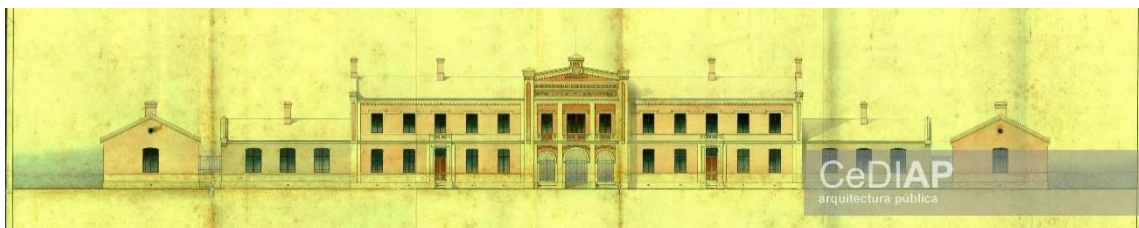


Figura 4.10: Enrique Aberg. Proyecto para el Asilo de Inmigrantes, 1874. Frente principal. Fuente: CeDIAP.

El proyecto para el Asilo de Inmigrantes consistía en un edificio simétrico de dos niveles. En la planta baja se resolvería el alojamiento de los inmigrantes a través de 16 dormitorios colectivos, que ocupan la mayor superficie, ubicados en el perímetro del edificio. El espacio central estaba destinado a los comedores, cocinas y despensas. El programa de esta planta se completaba con áreas administrativas para la Comisión de Inmigración y la Oficina del Trabajo, dependencia que se ocupaba de la colocación de los inmigrantes principalmente en el interior del país. En la segunda planta se resolvían, al frente los servicios, para el personal y gerencia, y al contrafrente un área destinada a hospital y enfermerías; aspecto también presente en el asilo de la calle Corrientes, y dos dormitorios colectivos similares a los de planta baja.

A pesar de tener un edificio proyectado, las obras no avanzaban. En el mes de agosto Wilcken solicitaba autorización para trasladar el asilo actual a otra locación más conveniente, cuyo alquiler era prácticamente la mitad del actual. Además de este beneficio económico, Wilcken señalaba que la Corporación Municipal planeaba clausurar nuevamente el establecimiento. Advertimos aquí un conflicto con las autoridades del municipio, las cuales veían en el asilo de la calle Corrientes un posible foco de contagio emplazado en la zona céntrica de la ciudad. El traslado finalmente se autorizó, ubicándose un nuevo asilo en la zona de la Plaza del Retiro que funcionó hasta 1882.¹⁸⁷ Fue ésta una de las últimas actividades de Wilcken con relación a la ubicación del asilo.

A principios de 1875 la Comisión de inmigración se reorganizó, nombrándose Comisario General de inmigración a Juan Dillon. Wilcken por su parte fue designado Comisionado de Inmigración en toda la República, siendo una de sus atribuciones el visitar las distintas agencias y comisiones de inmigración del país para garantizar la ubicación de los inmigrantes en el interior. A partir de aquí todas las comisiones de inmigración a nivel nacional fueron designadas por el Poder Ejecutivo, concluyendo su ciclo de mayor autonomía.

¹⁸⁷ Ochoa de Eguileor; Valdes (2000): 97.

4.2 El proyecto moderno para el aislamiento

Como hemos mencionado anteriormente, existían ciertas tensiones entre las autoridades municipales y el gobierno nacional en relación con el manejo de las epidemias. Nos hemos avocado hasta ahora a dos organismos que tenían como punto de contacto la preocupación por la prevención sanitaria ligada a la entrada de los inmigrantes, la Junta de Sanidad y la Comisión de Inmigración. Sin embargo, en el caso de la epidemia de cólera sucedida en el *Pontón Mora*, pudimos ver que la enfermedad superó los controles establecidos por ambos organismos y se propagó por la ciudad.

En ese contexto las autoridades municipales debieron actuar, no sin reclamar al gobierno nacional por no haber respondido con severidad frente a la entrada de los buques provenientes de ciudades donde estaba presente el cólera.¹⁸⁸ Diferenciaban así a las medidas tomadas por la “policía fluvial”, es decir la Junta de Sanidad, de las sugeridas por el Consejo de Higiene Pública, “único tribunal científico en nuestro país de quien pudiéramos aconsejarnos”.¹⁸⁹ Siguiendo sus lineamientos se había procedió de inmediato a mejorar la higiene general, con el objetivo de evitar la propagación de la enfermedad. Esto incluyó el desalojo de los conventillos que estaban en malas condiciones o con un grado importante de hacinamiento.

Pero luego del primer caso confirmado en la ciudad, a mediados de diciembre de 1873, se tomaron medidas aún más enérgicas, incluyendo la designación de numerosos médicos parroquiales, entre ellos Juan Antonio Argerich, y la instalación de varios lazaretos provisorios. El Asilo del Buen Pastor, donde funcionaba la cárcel de mujeres, fue transformado en lazareto. En Barracas se estableció uno dedicado exclusivamente a los dementes enfermos. Otros dos se establecieron al norte de la ciudad. Asimismo, se señaló el establecimiento de “casas de observación”, incluyendo una quinta en el barrio de Almagro, donde fueron asilados los inmigrantes que llegaban a la ciudad luego de haber realizado la cuarentena impuesta por las autoridades nacionales. Lamentablemente no se consigna la ubicación exacta de estos establecimientos temporarios.

La ciudad ya había destinado fondos en su momento para la construcción de un “Hospital Lazareto”, a construirse junto a una quinta utilizada provisoriamente con este fin durante la epidemia de cólera de 1868 y de fiebre amarilla de 1871, cuando recibió a 2.612 enfermos. Un nuevo establecimiento, con capacidad para 300 personas, fue proyectado por el

¹⁸⁸ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1873): 9.

¹⁸⁹ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1873): 10.

arquitecto Celso Comellas en función del plan general diseñado por el médico del hospital provisorio el Dr. Mattos.

Este nuevo edificio, que aparecía referido como Hospital o Lazareto San Roque, se había encargado en 1871 pero las obras se iniciaron efectivamente en enero de 1873. Sin embargo, problemas presupuestarios ligados a sospechas de un mal uso de los fondos habían derivado en que la terminación del edificio no se concretara en los tiempos previstos.¹⁹⁰ A pesar de eso las instalaciones existentes, sin techar, con parte de las aberturas colocadas y un tendido incompleto de cañerías, debieron ser habilitadas por el contexto de emergencia (**Figura 4.11, 4.12, 4.13**). Según las estadísticas del municipio las defunciones solo en el mes de enero ascendían a 688 personas.¹⁹¹ Como podemos ver en la **Figura 4.14**, la ubicación del lazareto correspondía a un sector muy alejado del centro de la ciudad, por fuera del límite virtual que significaba el eje Entre Ríos-Callao, donde funcionaban los corrales de Miserere. En este plano inclusive aparece materializado el boulevard que había sido proyectado para esta arteria y nunca se concretó. Puntualmente sobre la ubicación del establecimiento se señalaba que las condiciones topográficas de la zona, en especial la altura, ofrecían condiciones óptimas de aislación y ventilación para el tratamiento de las enfermedades infecciosas.

El edificio en sí podría asimilarse a un claustro rodeado de galerías, que es donde se desarrolla el área dinámica del edificio, con el sector administrativo al frente y una capilla como elemento dominante del patio. De ese claustro se desprendían cuatro brazos o pabellones, donde se ubicaban las áreas estáticas con una serie de dormitorios colectivos, separados por la mitad para poder aislarlos de forma diferenciada, con capacidad para 24 camas. En total el establecimiento podía recibir a lo sumo a 200 enfermos. También disponían de “cuartos de separación”, para aquellos casos en que el paciente no pudiera compartir la habitación con otros individuos. Los pabellones colectivos no ventilaban al patio principal, sino que lo hacían al perímetro del edificio que se encontraba separado de la calle por un muro. Los “cuartos de separación” por su parte ventilaban una parte al exterior y otra al patio principal.

¹⁹⁰ Sagui (1875): III.

¹⁹¹ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1873): 14.

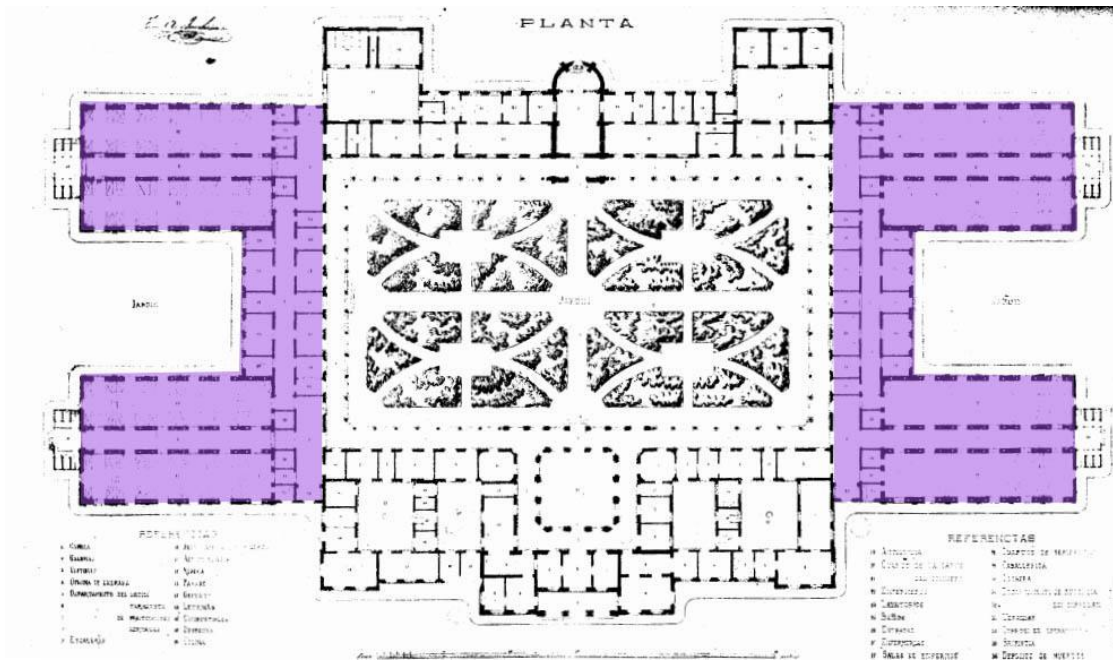


Figura 4.11: Celso Comellas. Proyecto para el Hospital Lazareto, 1872. Fue luego terminado por Juan A. Buschiazzo. En violeta se señalan las áreas destinadas al tratamiento de pacientes. Fuente: Memoria de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1882).

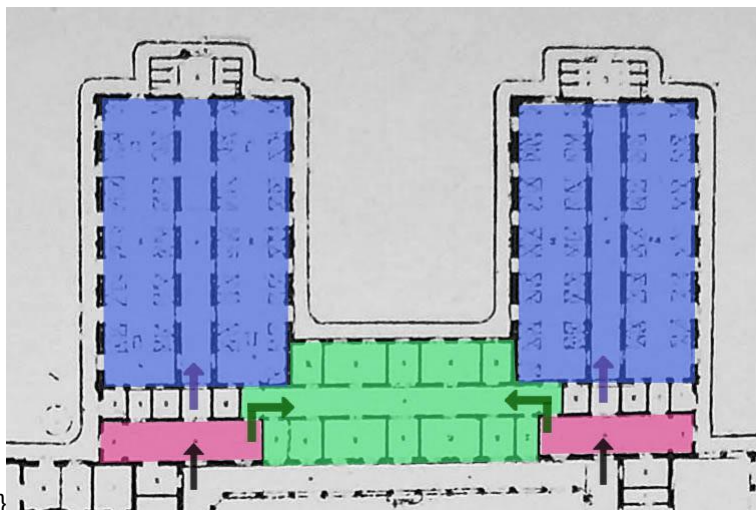


Figura 4.12: Celso Comellas. Proyecto para el Hospital Lazareto. Detalle del área de tratamiento, 1872. Puede verse que al acceder desde el patio se ingresa a un área intermedia (rosa) que sirve de antesala a las “áreas cerradas”, tanto colectivas (azul) como individuales (verde), que tienen mínimo contacto entre sí.

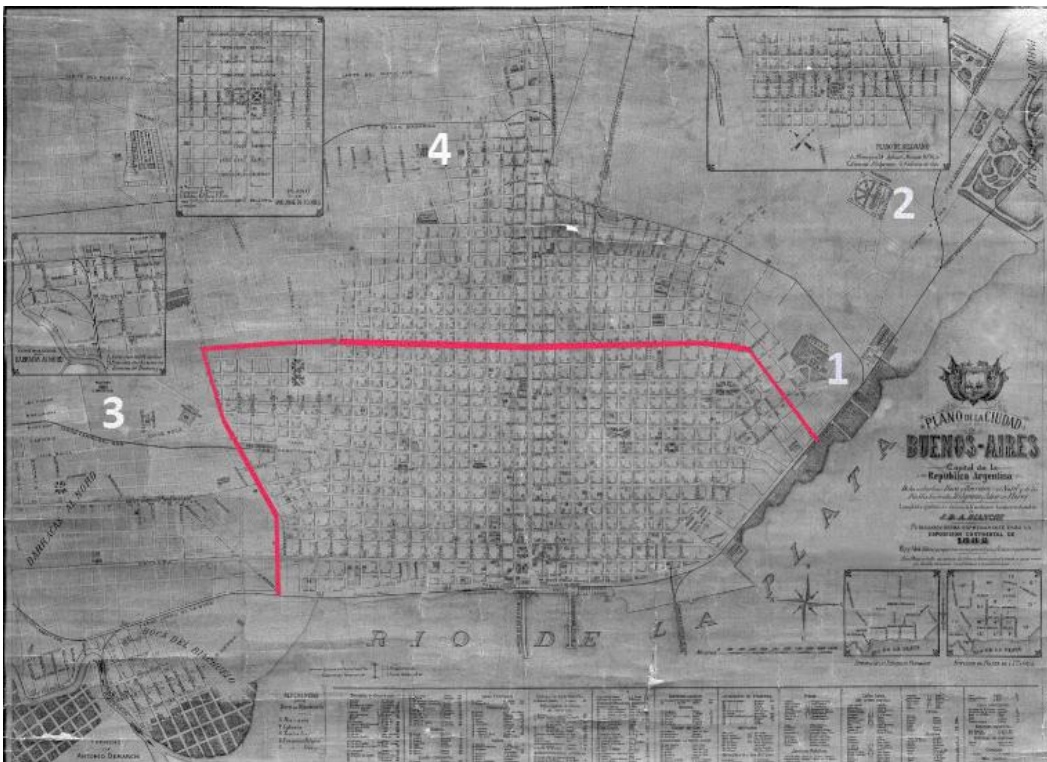


Figura 4.14: Plano de la ciudad de Buenos Aires de 1882. Nuevamente hemos indicado las zonas 1,2 y 3 donde se proyectaron establecimientos para aislamiento y separación. Recordemos que en las zonas 1 y 2 también se establecieron asilos provisorios de inmigrantes. El punto 4 corresponde a la ubicación del Lazareto San Roque. Fuente: Bianchi, J.B.A. (1882). *Plano de la ciudad de Buenos Aires: Capital de la República Argentina, de los suburbios de la Boca y Barracas al Nord y de los pueblos limítrofes de Belgrano y S. José de Flores.*

Si bien el Dr. Mattos estableció el programa de necesidades del edificio, no fue involucrado en el proceso de diseño. Justamente una de las críticas que recibió cuando fue finalmente terminado fue que la sala de operaciones, la de autopsias y el depósito de cadáveres fueron ubicados próximos a uno de los dormitorios colectivos, la capilla y la vivienda del capellán. Asimismo, la ubicación de la sala de autopsias obligaba el paso de los cadáveres cerca de los internados. En este aspecto Penna afirmaba que “solo se había procurado la armonía del conjunto para darle uniformidad, prescindiendo de las exigencias tan especiales que esos servicios, que tienen que hallarse bien separados, reclaman”.¹⁹² Esto se volvía más inentendible cuando se contaba con un terreno de 45.000 m² de superficie que permitía una distribución acorde.

En efecto, a diferencia de otros encargos como el de la Penitenciaría de Buenos Aires, en la que se convocó a un concurso de proyectos en el que el jurado incorporaba profesionales de la salud, en el caso del Hospital San Roque no se procedió de la misma forma. Mas allá de estas críticas, el edificio propuesto por Comellas no escapaba a las lógicas de proyecto de este tipo de programa en la época. Por el contrario, puede insertarse en el proceso de experimentación tipológica señalado por Anthony Vidler en el que, para estos nuevos programas que se vinculaban al control social, la lógica compositiva buscaba demostrar un carácter de economía, utilidad y exactitud programática.¹⁹³ El uso de la simetría y la regulación matemática de la planta apuntaba en esa misma dirección (**Figura 4.15**).

¹⁹² Penna (1910): 112.

¹⁹³ Vidler ([1987] 1997):16.

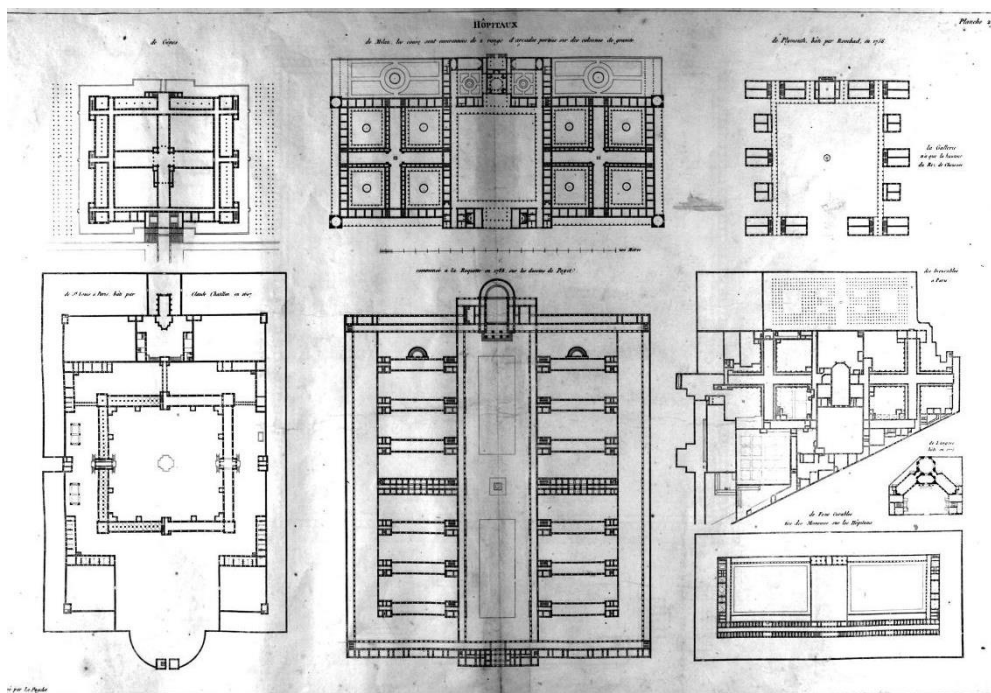


Figura 4.15 : Hospitaux. Fuente: Durand (1799): planche 30. Jean Nicolas Durand es uno de los principales referentes de la elaboración de tratados para proyectar distintos programas arquitectónicos en la Ecole Polytechnique que planteaba un hacer arquitectura desde el método y la razón en lugar de desde el arte, como sucedía en la Ecole de Beaux Arts. Su aplicación se vio principalmente en la arquitectura publica y utilitaria, como escuelas, hospitales, prisiones y fábricas.

A pesar de las observaciones de Penna, no es cierto que en el proyecto del Hospital hubieran estado ausentes los conceptos higienistas. En la memoria publicada al momento de su inauguración pueden observarse conceptos propios de esta nueva forma de proyectar que incorporaban el cálculo, la razón y los preceptos de la higiene; además del estudio de los modelos internacionales de vanguardia:

“Cada sala mide 30 metros de largo, 7 metros de anchos; 6 metros 65 centímetros de alto. Su volumen de aire es por lo tanto de 1396 metros cúbicos, y como los enfermos que aloja cada sala son 24, cada uno puede disponer de 58 metros cúbicos de aire, cifra muy superior a la de la gran mayoría de los Hospitales extranjeros y aun al mínimo que señalan los higienistas (...) el término medio del volumen de aire correspondiente a cada enfermo es en los Hospitales Ingleses de 47 metros cúbicos y 43 en los franceses.”¹⁹⁴

Esta exactitud programática y de cálculo tuvo que enfrentarse a problemas presupuestarios que repercutieron a su vez en tiempos de construcción. Al momento de la epidemia estaban disponibles solo dos salas del edificio y esperaban habilitar algunas más. A esto se sumaba que el constructor recomendaba no utilizar las salas existentes porque el yeso y

¹⁹⁴ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1883): 84.

la pintura continuaban frescos. En parte de la teoría miasmática de transmisión de las enfermedades, la presencia de humedad podía ser perjudicial para la salud de los pacientes. El área administrativa, de servicio y la capilla quedarían pendientes, destinando todos los recursos a habilitar un mayor número de salas.¹⁹⁵

Luego de superado el pico de la epidemia, las obras para terminar el lazareto siguieron interrumpidas a pesar de que reiteradamente se señalaba que los establecimientos de cuarentena eran necesarios y que la experiencia durante las crisis sanitarias anteriores no hacía más que demostrarlo.¹⁹⁶ El hospital siguió funcionando en esas condiciones durante más de diez años tiempo durante el cual se atendieron allí a más de 9.000 personas.¹⁹⁷ Inclusive recibió pacientes que no podían permanecer en el antiguo Hospital General de Hombres cuyo estado, año tras año, empeoraba. La demolición y reemplazo de este antiguo establecimiento también se posponía. Recién pudo iniciarse en la década de 1880, porque se temía que "(...) esos espesos muros de estructura colonial pudiesen estar penetrados e infiltrados de las miasmas pestilenciales consecutivos a las numerosas epidemias nosocomiales y de origen exótico, de que había sido asilo y que puestos en libertad pudiera hallar un medio para difundirse".¹⁹⁸

Como vemos, reemplazar la infraestructura hospitalaria también parecía representar un riesgo. Así lo confirmaba el dictamen del Departamento Nacional de Higiene, organismo recientemente creado durante los primeros meses de la presidencia de Julio Argentino Roca, más específicamente en diciembre de 1880. En este primer momento esta nueva repartición fue puesta a cargo del Dr. Pedro A. Pardo y mantenía su lugar dentro de la órbita del Ministerio de Guerra y Marina, como reemplazo de la Junta de Provisoria de Higiene, antes Junta de Sanidad.¹⁹⁹ Su principal función continuaba siendo la administración del servicio sanitario del puerto y además tendría a su cargo "(...) todo cuanto se relacione con la salud en las diversas reparticiones de la Administración Nacional".²⁰⁰ De esta forma se volvía un organismo con carácter de asesor del Poder Ejecutivo. Pero también se establecían ciertas atribuciones sobre

¹⁹⁵ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1873)*: 197.

¹⁹⁶ Penna (1910): 108.

¹⁹⁷ Jardon; Toledo Rios (2011):12

¹⁹⁸ Penna (1910): 104.

¹⁹⁹ Aquí se presenta una discrepancia entre distintas fuentes. Veronelli y Veronelli Correch basándose en el decreto presidencial afirman que el DNH fue creado teniendo como base la Junta Provisoria de Higiene, tomando la presidencia Pedro A. Pardo, Veronelli; Veronelli Correch (2004) :231. González Leandri por su parte afirma que el DNH surgió de la reconversión del Consejo de Higiene, tomando la presidencia Tomas Pardo, González Leandri (2006): 54. Privilegiamos la primera de estas versiones que se basa en el decreto presidencial.

²⁰⁰ Veronelli; Veronelli Correch (2004) :231.

el medio urbano de la capital, aunque desde una lógica consultiva. En efecto el Departamento debía:

“10°: Hacer indicaciones a la Municipalidad sobre las faltas de higiene pública que se observe en la ciudad o en los establecimientos de su dependencia.

12°: Aconsejar a la autoridad los medios de mejorar la higiene pública en la Capital y las medidas profilácticas contra las enfermedades exóticas, endémicas, epidémicas o transmisibles.”²⁰¹

Fue desde esas atribuciones que el DNH sugirió que la demolición del Hospital General de Hombres debía realizarse en el invierno, quemando todo lo que fuese combustible y utilizando agentes químicos en los materiales que no lo fueran. Hacerlo en otro momento “sería dar lugar a los miasmas de que están infiltrados (los materiales de la demolición) se pongan en movimiento mecánicamente y se esparzan en la atmosfera (...) sería imprudente remover las paredes de un edificio en que deben existir los gérmenes de esa enfermedad (refiere a la fiebre amarilla), por haberse asistido en él enfermos de esta clase durante la epidemia de 1871”.²⁰² Hasta el momento de la demolición efectiva se utilizaría cloro, ácido hiponítrico u otro agente químico para desinfectar el establecimiento, reduciendo el riesgo de esparcimiento cuando se empezara el proceso de desmonte.

La parálisis de obras tanto del Hospital San Roque como del Asilo de Inmigrantes puede entenderse como una consecuencia de la crisis económica internacional, que tuvo fuertes repercusiones en nuestro país. En efecto, esta primera “Gran Depresión” iniciada en 1873 tuvo un importante impacto en Europa y en los Estados Unidos, significando un proceso de contracción económica que perduró al menos hasta el final de la década.

En nuestro país esto repercutió fuertemente en los ingresos recaudados por la aduana. El precio de las exportaciones se redujo en promedio en un 25 por ciento, con especiales consecuencias en el mercado lanero, sector que vinculaba más fuertemente a la Argentina con el mercado mundial. En general, las ventas al exterior se redujeron en un 20 por ciento y las importaciones en un 50 por ciento. El impacto que tuvo esto a nivel nacional y en especial en la ciudad de Buenos Aires, que dependía fundamentalmente de la actividad comercial del puerto, derivó en una política de austeridad presupuestaria y una reducción en la oferta de empleo.²⁰³ En ese contexto, el movimiento portuario e inmigratorio disminuyó considerablemente después

²⁰¹ Veronelli; Veronelli Correch (2004) :232.

²⁰² Penna (1910): 105.

²⁰³ Fernández (2017):57.

del pico que se había producido en 1873 cuando ingresaron 48.382 inmigrantes, cifra que volvió a alcanzarse nuevamente recién en la década de 1880.²⁰⁴ En ese contexto de retracción económica no existía capacidad de financiamiento para modernizar la infraestructura sanitaria.

4.3 Proyectos de aislamiento para la capital de la Nación

Frente a ese panorama se decidió desde el gobierno una política de mayor promoción de la inmigración extranjera, a diferencia de la inmigración espontánea que había sucedido hasta el momento. La denominada ley Avellaneda de 1876, que recibió ese nombre por ser promovida por Nicolás Avellaneda durante su presidencia, no implicaba un fomento indiscriminado a la inmigración. Por el contrario, el proyecto buscaba atraer a cierto tipo de inmigración que resultara en “un poblador útil que con su trabajo aumente la producción del país, y contribuya al fomento de la riqueza pública, y al mismo tiempo sus costumbres y su educación contribuyan a consolidar los elementos de civilización de orden y de paz”.²⁰⁵ Se buscaba lograr estas acciones mediante el adelanto de pasajes marítimos a familias que estuvieran dispuestas a instalarse en las colonias agrícolas, la donación de tierras o su venta a largo plazo, el traslado gratuito desde el puerto hasta el lugar donde se instalarían y el adelanto por un año de víveres, semillas y animales.

A fines de la década de 1870 los efectos de la reactivación económica comenzaron a visibilizarse con una mejora en la recaudación y un repunte en el número de inmigrantes que volvían a encontrar en el país un destino donde poder asentarse. Así de los 14.532 inmigrantes que llegaron a nuestras costas en 1876 pasamos a 32.717 al final de la década.

A este crecimiento económico se le sumó el fin del proceso de determinación de la capital del país que duró más de 70 años. En diciembre de 1880, y a pesar de los esfuerzos del gobernador de la provincia, Carlos Tejedor, se promulgó la ley de federalización de la ciudad de Buenos Aires, iniciando un período de transformaciones urbanas, edilicias y en infraestructura, acordes con este nuevo status de “lugar de asiento de las máximas autoridades del país”.²⁰⁶

Gran parte de estas transformaciones se han asociado a la figura de Torcuato de Alvear, que oficiaba como Presidente de la Comisión municipal, y luego asumió como primer Intendente Municipal nombrado por el presidente de la Nación con acuerdo del Senado, según la nueva Ley

²⁰⁴ Ochoa de Eguileor; Valdes (2000): 20.

²⁰⁵ Fernández (2017):56.

²⁰⁶ Shmidt (2012):18.

Orgánica de la Municipalidad.²⁰⁷ En relación con lo que venimos trabajando es interesante señalar que uno de los pedidos de Alvear, ya como Presidente de la Comisión Municipal, fue ampliar los límites de la ciudad, reconociendo su crecimiento, pero imitando el plan de Rivadavia de generar un boulevard de circunvalación para trabajar sobre una Buenos Aires concentrada **(Figura 4.16)**.²⁰⁸

Este nuevo plan mantendría la centralidad de una nueva Plaza de Mayo a partir de un proyecto de recategorización, que implicaba la demolición de la Recova Vieja y la unión de las plazas de la Victoria y 25 de Mayo, y del trazado de un boulevard central que partiría de la misma: la Avenida de Mayo, que como vimos había sido anticipada en el plano de Lagos.²⁰⁹ Esto implicaba que la plaza dejaba definitivamente de ser ese espacio plurifuncional de la colonia, vinculado a momentos históricos de enorme relevancia, pero también a funciones ya no deseadas en el centro de la ciudad, como el mercado de la recova histórica. Seguía así un plan de transformación de la plaza que comenzó a mediados de la década de 1850 con la instalación de bancos, arbolado y esculturas, y que incluyó un hito significativo como el traslado de los presos de la Cárcel de Cabildo a la Penitenciaría de Buenos Aires en 1877, y que buscaba otorgarle al espacio urbano un nuevo carácter a través de la escala monumental y definiendo sus funciones como centro neurálgico de la vida republicana. Justamente en los límites de la ciudad, es decir sobre el boulevard de 50 m de ancho, Alvear proponía ubicar todos aquellos dispositivos insalubres por estar ubicados en ese momento en lugares inconvenientes:²¹⁰

“Dentro de veinte o treinta años se tocará indefectiblemente con la dificultad del grave inconveniente que hay en que el Hospital de Crónicos, el Asilo de Mendigos, el de alienados, el Cementerio, el servicio y la maestranza de basuras, los corrales del abasto y aun los cuarteles se encuentren situados en centros de gran población y todos a una van a pedir que sean ellos trasladados a parajes aereados y salubres”.²¹¹

²⁰⁷ Ley N°1260, 23 de octubre de 1882.

²⁰⁸ Gorelik (1998):91.

²⁰⁹ Cabe aclarar que el remate de la Avenida de Mayo en el Palacio de Congresos es posterior al proyecto de la avenida.

²¹⁰ La temática fue abordada por Gorelik; Silvestri (1992).

²¹¹ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1881): 70.

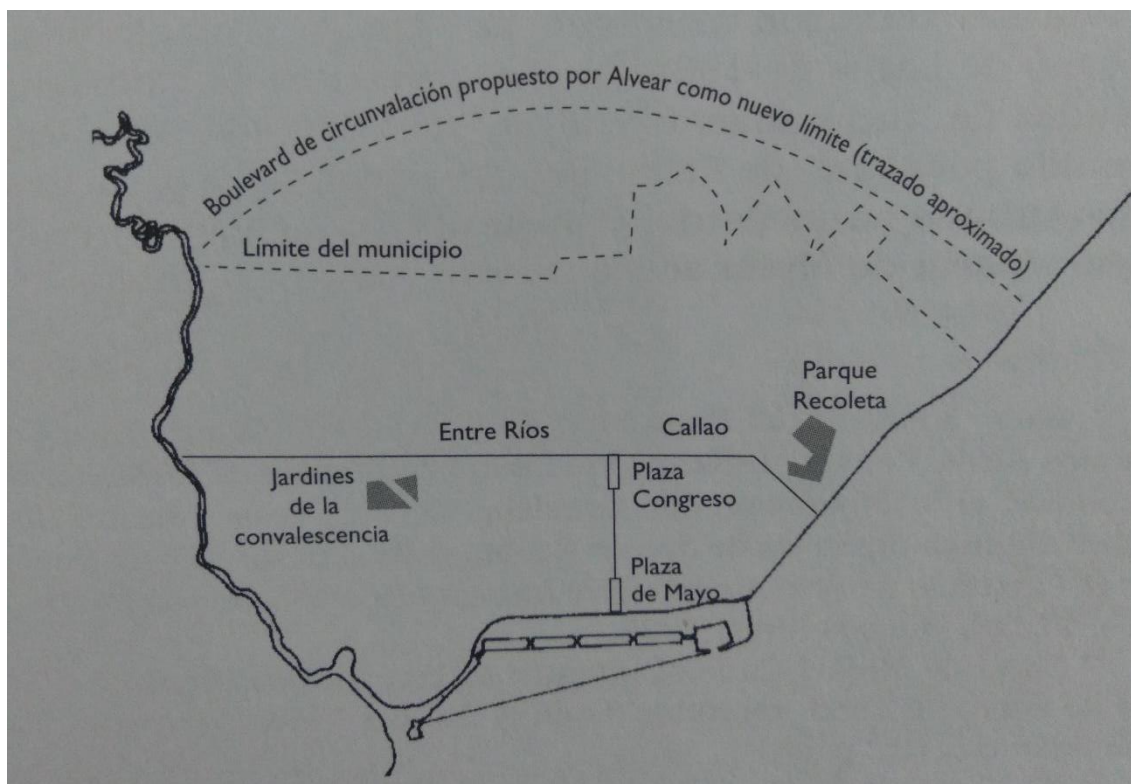


Figura 4.16: Plano de Buenos Aires indicando el nuevo boulevard de circunvalación propuesto por Alvear. No existen planos precisos en los que se detalle su ubicación específica. Gorelik afirma que se encontraría a la altura de la actual Acoyte en el barrio de Caballito. Fuente: Gorelik (1998):93.

La propuesta de Alvear llegaba en un momento en que se estaba a la vez pidiendo presupuesto para la ampliación de algunos de esos edificios, lo que sería desde su punto de vista dinero mal gastado si a futuro todos necesitarían ser reemplazados. Si su proyecto de boulevard se aprobaba podría comenzarse a planear el traslado de todos estos dispositivos, lo que podía lograrse mediante la venta de los terrenos que en ese momento ocupaban y cuyos alrededores comenzaban a densificarse.

En materia sanitaria estos cambios pueden verse en varias áreas. Desde el punto de vista urbano Alvear planteaba la necesidad de tres grandes parques como pulmones de la ciudad al norte, oeste y sur; pero también como formas de “purificación” de los dispositivos de contención ya instalados. Un parque en el área de la Recoleta vinculado al Cementerio Norte y al Asilo de Mendigos -como puede verse Palermo quedaba por fuera del boulevard-, un Gran Parque Agronómico al oeste, y finalmente otro en La Convalecencia -frente al Hospicio de las Mercedes-. Su boulevard de circunvalación también officaría de esa forma como “(...) ancha vía que sirva de válvula respiratoria, y por donde tengan fácil salida los aires infestados de establecimientos tales como los que he designado”.²¹²

²¹² *Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1881):72.*

En materia de administración sanitaria, a principios de 1883 el Intendente Alvear creó la Asistencia Pública de la Capital (AP) a partir de un proyecto del Doctor José María Ramos Mejía, secundado por otros dos médicos: Emilio Coni y Telémaco Susini. El primero de ellos tenía también a cargo la Oficina de Estadística General de la Provincia desde la que dirigió el Censo de Población de La Plata. Fue luego comisionado a viajar a Europa con múltiples tareas. En primer lugar, dar a conocer la importancia de la provincia y realizar publicaciones en francés, alemán e italiano, destinadas a favorecer la importación de capitales y la corriente de inmigración.²¹³ Además, debía presentar el *Censo General de la Provincia* y el *Anuario Estadístico* en el Congreso Internacional de Higiene que se llevaría adelante en La Haya, y estudiar todo lo referido a cuestiones de higiene y establecimientos sanitarios.

Según González Leandri, la AP fue proyectada a imagen y semejanza de la institución del mismo nombre fundada por Thiers en París.²¹⁴ La idea original tenía un alcance nacional, pero fue rechazada por el gobierno, por lo que se limitó a ciertos hospitales de la ciudad de Buenos Aires. Según los considerandos, esta nueva institución tendría la función de centralizar la dirección de todos los hospitales y servicios de beneficencia del municipio. Pero ante el fracaso de la propuesta finalmente pudo contar con tres: el Hospital/Lazareto San Roque, que aún se encontraba sin terminar, el Hospicio de las Mercedes y el Hospital de Crónicos.

La dirección de este nuevo organismo, a cargo del mismo Ramos Mejía, se instaló en el área administrativa del Hospital/Lazareto San Roque. Ese mismo año se procedió al desmantelamiento definitivo del Hospital General de Hombres, trasladando a sus pacientes al Hospicio de las Mercedes y al propio Hospital San Roque que vio aceleradas sus obras y pudo ser terminado en agosto de ese mismo año, incorporando el uso de líneas telefónicas para comunicarse en forma directa con los otros hospitales que debían enviar periódicamente su parte diario y los pedidos de suministros.

El establecimiento fue adquiriendo mayor importancia por la presencia de la AP que puede ser entendida como “la constitución de un nuevo dispositivo tecnológico en el campo de los cuidados de la salud”,²¹⁵ e inscrita dentro de un proceso de incorporación de la “civilización y el progreso”, que los funcionarios e intelectuales locales asociaban a desarrollos e instituciones europeas. En este contexto las lógicas de la asistencia y las formas del hospital fueron

²¹³ Veronelli, J.C.; Veronelli Correch, M. (2004) :290.

²¹⁴ González Leandri (2006): 45.

²¹⁵ González Leandri (2006): 46.

repensadas y redefinidas al mismo tiempo que se producían tensiones internas entre modelos de gestión superpuestos, entre municipio, provincia y Nación.

Cuando se pensaba en demoler al Hospital General de Hombres se proyectó el Hospital Buenos Aires para reemplazarlo, comenzando sus funciones en 1880. Sin embargo, en el proceso de federalización este establecimiento se cedió a la Provincia, siendo rebautizado como Hospital de Clínicas, por lo cual recibía numerosos pacientes de fuera de la ciudad llegando rápidamente a su capacidad máxima. En ese contexto el Hospital San Roque fue transformado en hospital común por lo que se necesitaba otro establecimiento para los enfermos contagiosos. Para esto se designó rápidamente en 1882 a la denominada “Quinta de Leslie”, una propiedad que había sido construida por el médico homónimo como Casa de Sanidad, y fue utilizada como lazareto durante las epidemias de cólera y fiebre amarilla.²¹⁶

Las enfermedades que demandaban un establecimiento en este caso no eran ninguna de las dos anteriores, sino la viruela, la difteria y el sarampión. A mediados de noviembre de 1882, se dio cuenta de la presencia de cinco casos de sarampión y tres de escarlatina en el Hotel de Inmigrantes debiendo ser aislados del resto para evitar los contagios en el Hospital San Roque.²¹⁷ El caso volvió a reavivar las tensiones entre las autoridades municipales y la Junta de Sanidad. Y es que luego de este primer evento se dirigió una carta al Ministerio del Interior solicitando se extremaran los cuidados para evitar la entrada de inmigrantes con síntomas compatibles con estos males.²¹⁸

A fines de ese mes se presentaron diecinueve nuevos casos desembarcados del paquete *Nuremberg* que tuvieron que ser trasladados también al hospital. En la nota se recordaba que el establecimiento aún no estaba terminado y que esto no permitía el aislamiento efectivo de los enfermos. Asimismo, se volvía a apuntar la incapacidad de las autoridades de puerto de evitar estos ingresos, aun en casos como este en que las condiciones de higiene del barco eran pésimas y ya se había producido el fallecimiento de ocho niños durante el viaje. Se señalaba como injusto que Buenos Aires debiera hacerse cargo de este caso cuando los inmigrantes estaban destinados al interior del país. Aun así, y para evitar saturar el hospital, se estableció un lazareto provisorio mediante el alquiler del local denominado “*Barraca de Balcarce*”, situado en el Paseo de Julio.

²¹⁶ En otras fuentes aparece referida como Quinta de Leinit. Laval (2012).

²¹⁷ *Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires* (1882): 94.

²¹⁸ *Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires* (1882): 95.

Como vimos previamente la viruela era una enfermedad conocida en la ciudad. Según consignaba José Penna, quien fue designado director de la Casa de Aislamiento Municipal *Quinta de Leslie*, la viruela provocaba un número relativamente estable de defunciones año tras año. Sin embargo, existían algunos de gran mortalidad, como 1871 cuando fallecieron 1.656 enfermos y 1875 en el que lo hicieron 1.045. En 1883 el número ascendía a 1.488 y era considerada como una enfermedad con una alta mortalidad que, a partir de las observaciones en el lazareto San Roque, se elevaba al 43% en las mujeres y el 34% en los hombres. La *Quinta de Leslie* estaba lejos de poder recibir a la cantidad de enfermos que se registraban año tras año, su capacidad era de solo 40 camas, aunque llegó a recibir hasta 95 enfermos. Esta situación representaba un desafío para los “médicos de la Asistencia”, jóvenes profesionales egresados en su mayoría a fines de 1870, con voluntad de reformas y un pasado común en el Circulo Medico. Este equipo prontamente debió dar respuestas por un servicio sanitario con déficit presupuestario del cual habían sido fuertemente críticos, y que incluía la falta de medicamentos en los hospitales, la ubicación inadecuada de pacientes en salas -como vimos anteriormente-, e inclusive el rechazo de enfermos ante la ausencia de camas, tal vez el aspecto que más alertaba a la población (**Figura 4.17**).



Figura 4.17: Puede leerse Hospital San Roque (arriba), Esperando una cama (abajo). Fuente: Penna (1910): 141. Penna atribuye la autoría a José Antonio Pillado, Prosecretario de la Asistencia Pública.

En ese contexto nuevamente debió recurrirse a instalaciones provisionarias. El intendente Alvear había comprado en forma inconsulta un terreno situado entre las calles Entre Ríos, Matheu, Camino Alsina y Patagones; y encargó a la Oficina de Obras Públicas la elaboración de un proyecto de Hospital Barraca (**Figura 4.18**).

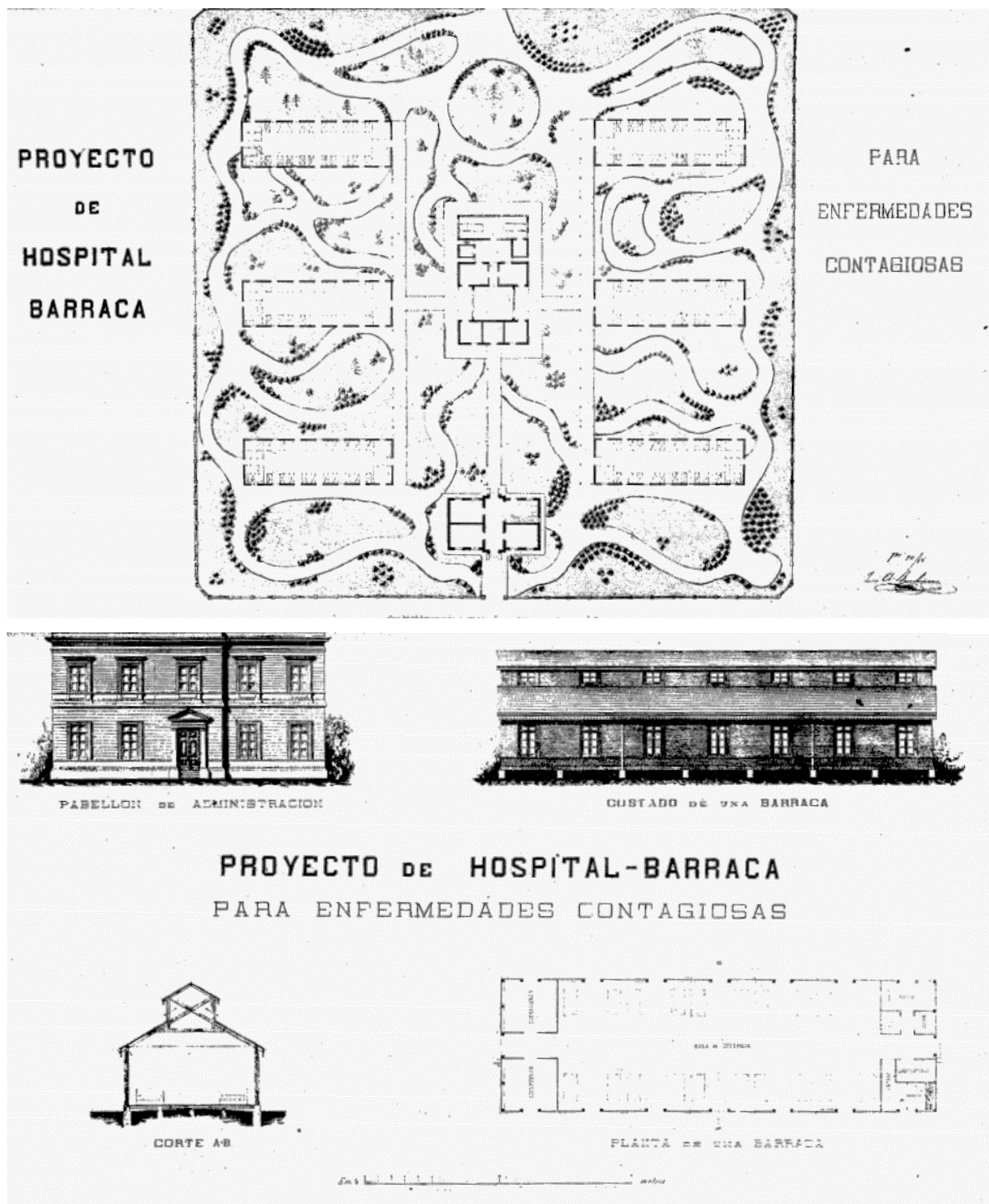


Figura 4.18: Planos del proyecto de Hospital Barraca. Autor: Juan A. Buschiazzo. Fuente: *Municipalidad de Buenos Aires* (1882).

El proyecto y su memoria fueron elaborados por el arq. Juan A. Buschiazzo, quien dirigía en ese momento la oficina de Obras Públicas. Ya en su descripción inicial abordaba varios de los puntos que hemos mencionado anteriormente. Señalaba Buschiazzo que, por su función de hospital destinado a la asistencia de enfermedades contagiosas, era indispensable construirlo

en un terreno de grandes dimensiones, alejado del centro de la ciudad, en paraje alto y si es posible en la zona sur.

Nuevamente podemos ver las lógicas proyectuales de este período en relación a los programas de aislamiento. Era posible proyectar un establecimiento sin conocer su locación, pero realizando un planteo ordenado y racional desde su morfología y distribución.

En el caso del proyecto de Buschiazzo se aplicó un planteo de pabellones paralelos aislados, el cual consistía en un eje central, a partir del cual establecía un pabellón de administración cercano a la calle de acceso y con habitaciones para un médico, un administrador y practicantes. En el mismo eje se situaba un pabellón de servicios que contaría con cocina, comedor, lavadero y un cuarto separado para la desinfección de ropas. Para facilitar la circulación en el conjunto este pabellón se ubicó de forma equidistante a las 6 barracas para la atención de los enfermos. Cada una de estas barracas tendría 32 m de largo por 10 de ancho permitiendo ubicar 20 camas. Al igual que en el proyecto del Hospital San Roque, se ha prestado especial atención a la cuantificación del volumen de aire por cama y su renovación mediante ventanas y de la gran claraboya longitudinal. A diferencia del pabellón de administración y el de servicios, las barracas se construirían de madera para favorecer su eventual demolición.

La tipología de pabellones aislados no era en sí un planteo nuevo. En efecto puede verse en el proyecto Rowehead para el Royal Naval Hospital de 1756, pero con pabellones muy pequeños, y posteriormente en el diseño de Jean-Baptiste Le Roy y Charles-Francois Viel para el Hotel-Dieu de Paris de 1773, en el que la separación entre pabellones era muy reducida (**Figura 4.19 y 4.20**). Entre fines del siglo XVIII y principios del XIX los proyectos para nuevos edificios aplicando tanto la tipología de hospital en bloque y pabellones aislados se sucedieron, prevaleciendo la primera. Recién en 1839 con el proyecto del Hospital Lariboisiere de Gauthier fue que esta tipología adquirió mayor relevancia y aceptación (**Figura 4.21**).

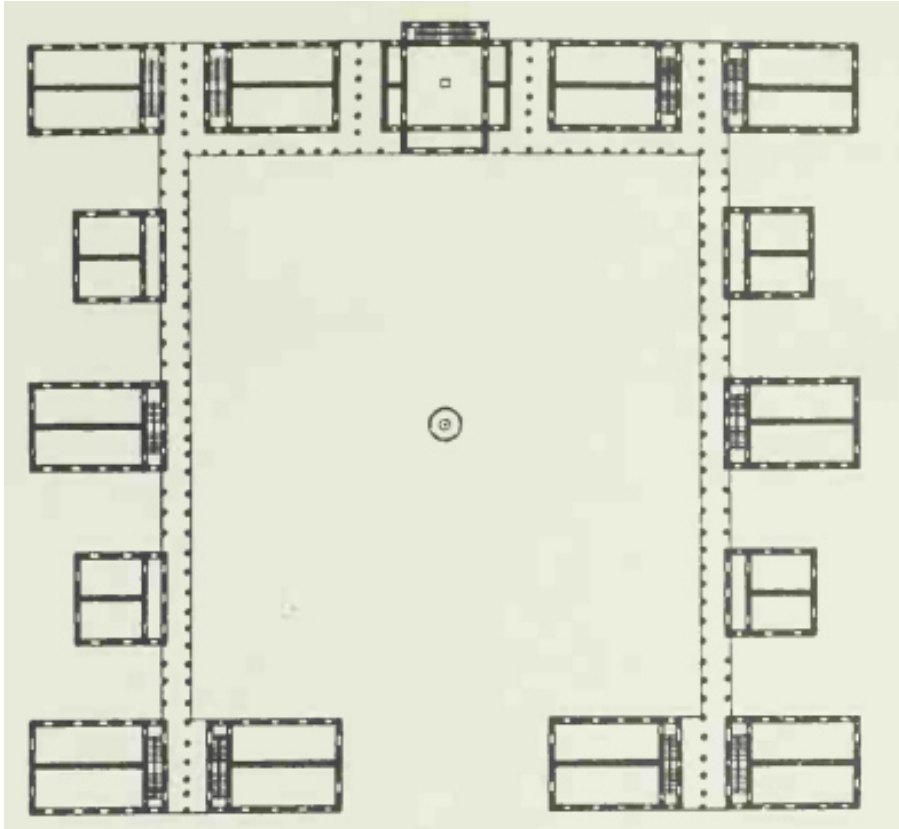


Figura 4.19:
Rowehead –
Proyecto para el
Royal Naval
Hospital.
Plymouth, 1756.
Fuente: Pevsner
(1976): 151.

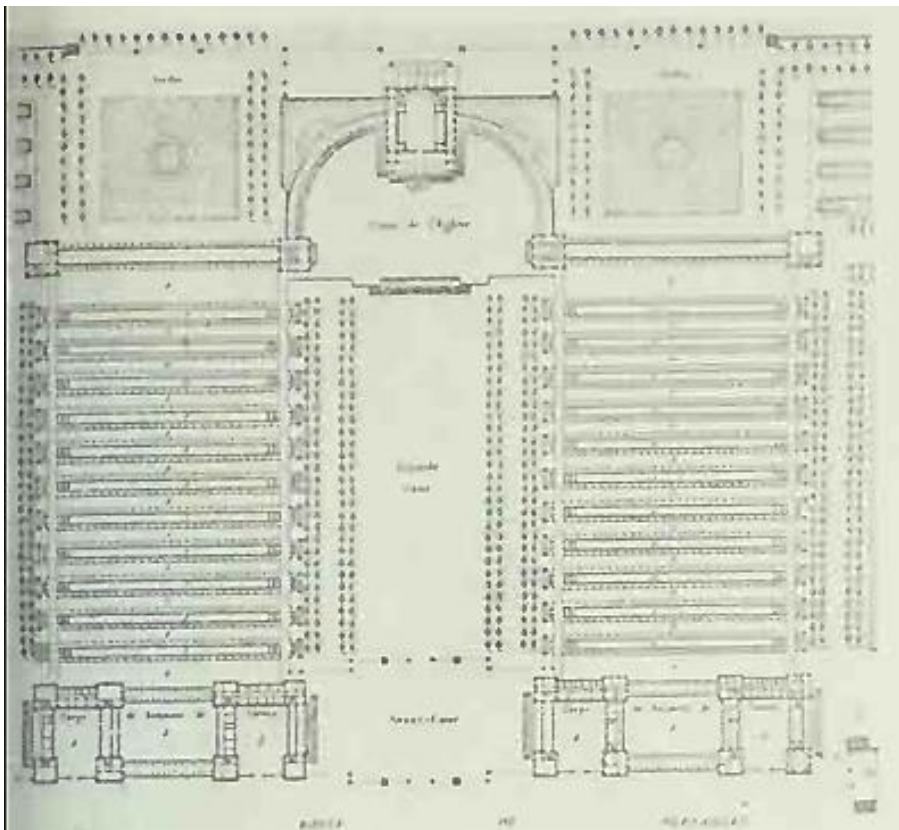


Figura 4.20: Jean-
Baptiste Le Roy y
Charles-Francois
Viel – Proyecto
para el Hotel-Dieu.
Paris, 1773.
Fuente: Pevsner
(1976): 151.

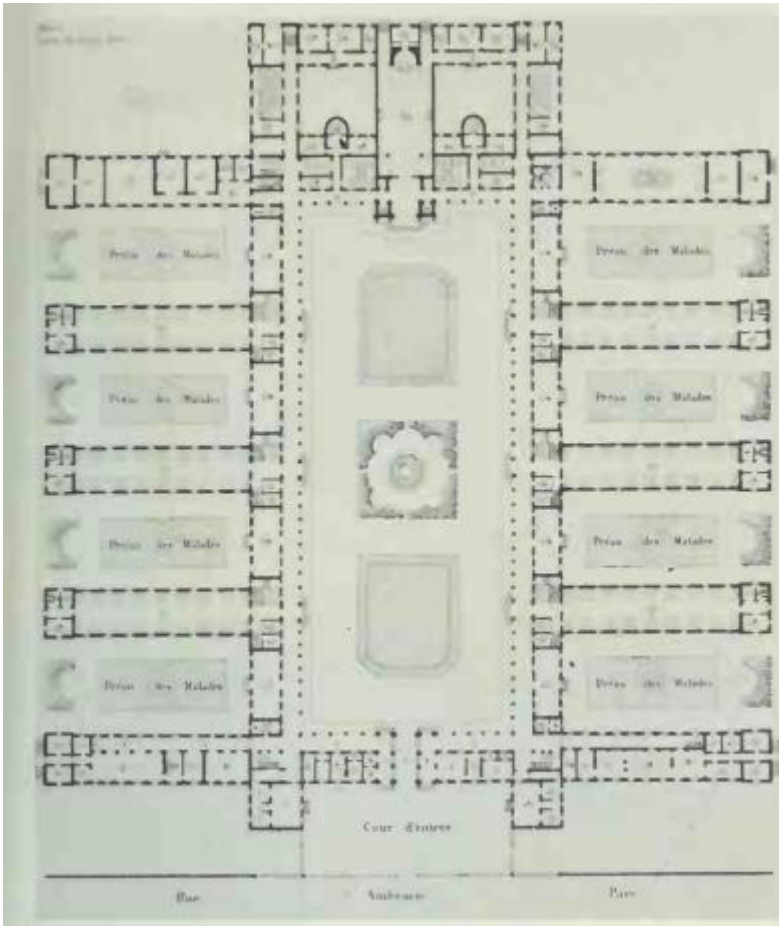


Figura 4.21: Gauthier – Proyecto para el Hospital Lariboisiere. Paris, 1839. Fuente: Pevsner (1976): 151.

Claramente el proyecto de Gauthier presenta una escala y complejidad mayor al proyecto de Buschiazzo, aunque recordemos que este último se planteaba prácticamente como provisorio. Sin embargo, conceptualmente la idea general de permitir el aislamiento de pabellones según conveniencia o necesidad no cambiaba.

Mientras este proyecto de Hospital Barraca se desarrollaba, se decidió ampliar la capacidad de la Quinta de Leslie, instalándose dos grandes carpas en el patio en el mes de mayo de 1883 y un galpón contiguo en agosto.²¹⁹ **(Figura 4.22)**

²¹⁹ Penna (1910): 289. En la memoria municipal de ese mismo año se menciona que el individuo afectado viajaba en el vapor *Equateur*.

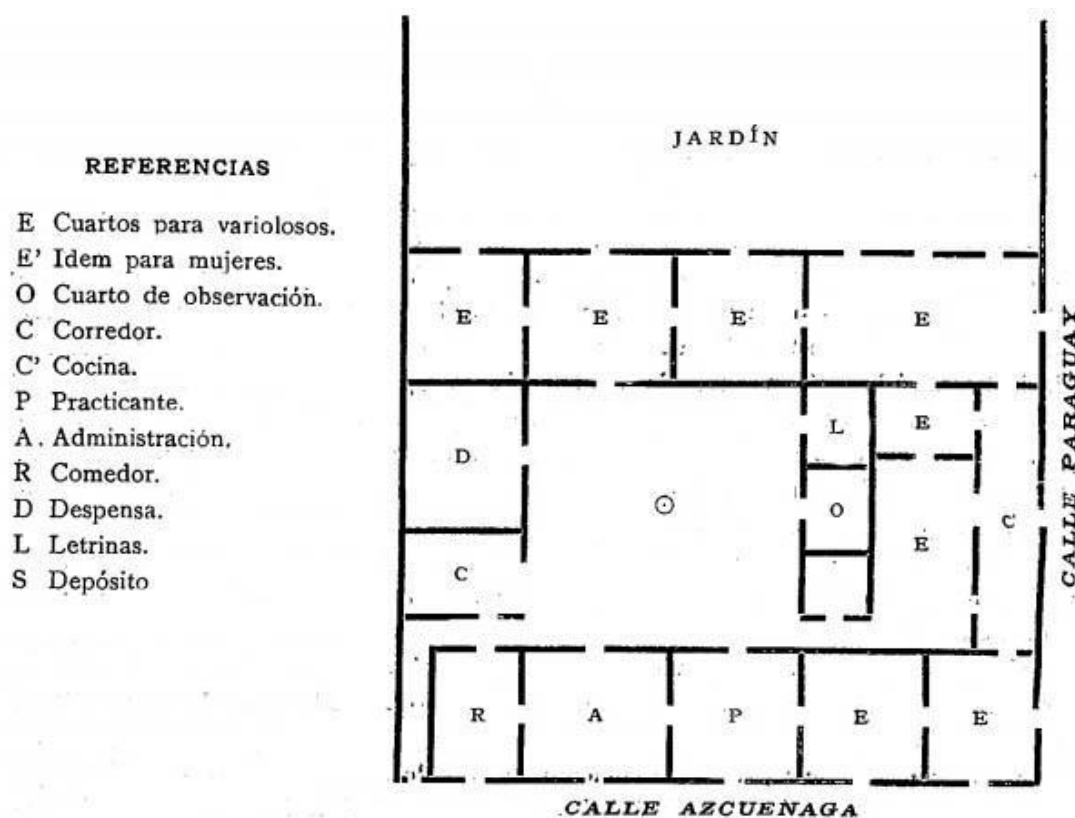


Figura 4.22: Plano de la Casa de Aislamiento según Penna. Fuente: *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1891).

Coincidiendo con el período de construcción del nuevo establecimiento se produjo un caso mortal de fiebre amarilla el 26 de diciembre de 1884. El cadáver del fallecido, Pedro Doime, se convertiría en el primer caso de cremación en la república. Y es que ante la posible amenaza que significaba este foco infeccioso Ramos Mejía y Penna dispusieron que este método sería la mejor solución, aun con la resistencia popular a la cremación. En su memoria del hecho Penna afirmaba que con esta decisión se satisfacía a la opinión pública alarmada que no emitió grandes protestas, sino que vio un resultado benéfico y necesario tendente a salvar la salud del pueblo.²²⁰

Para el procedimiento se dispuso la construcción de un horno provisorio en los terrenos del Hospital Barraca. En realidad, semejaba más una “parrilla abierta” como el mismo Penna lo describió posteriormente en su memoria, ya que no constituía un espacio cerrado. Este primer “horno” se configuró a partir de una reja común de ventana, alambre y cuatro columnas de ladrillo que permitían colocar al cadáver por encima elevándolo a 1 metro del nivel del suelo y material combustible por debajo, en este caso madera.²²¹ El fuego se encendió apenas pasadas las diez de la noche y demandó más de dos horas en completar la operación. A pesar de su

²²⁰ Penna (1889):252.

²²¹ Penna (1889):253.

carácter provisorio este fue el primero de muchos procedimientos que se llevarían a cabo en estas instalaciones.

Nuevamente en noviembre de 1885 se utilizaron los terrenos del Hospital Barraca, esta vez por el caso de Antonio Vergara fogonero de 20 años del vapor español *Solís* procedente de Marsella, que arribó a la ciudad afectado también de fiebre amarilla. Este caso junto con otro, el de María Perciliana, resultan interesantes porque nos permiten observar la puesta en marcha de un protocolo de alarma ante la presencia de un caso sospechoso de enfermedad pestilencial. En efecto tanto el *Solís* como otro vapor, el *Equater* a bordo del cual viajaba Perciliana, habían recalado en el puerto de Rio de Janeiro, donde había casos confirmados de fiebre amarilla, y luego se dirigieron a Buenos Aires previa escala en Montevideo. Vergara presentó fuertes síntomas durante la travesía durante 5 o 6 días, incluyendo fiebre, dolor estomacal, vómitos y un color amarillento en la piel, por lo que permaneció a bordo hasta su desembarco el día 12 de noviembre. El día 15 fue internado primero en el Hospital Español, pero al ser confirmados sus síntomas y su diagnóstico por los médicos José Penna y Miguel Murphy, se recibió la orden municipal de aislar al paciente a 8 leguas de la ciudad y de la costa, poner en observación al hospital, averiguar donde se hospedó entre el 13 y 15 de noviembre para desinfectar la casa y aislar a sus habitantes. Asimismo, se ordenó la multiplicación de las comisiones de higiene y convertir a los médicos municipales en médicos inspectores de sanidad dividiéndose la ciudad en distintos sectores adonde serían asignados.²²² Vergara fue trasladado a las instalaciones existentes del Hospital Barraca, que al momento eran dos grandes carpas. En una de ellas se instaló al fogonero y en otra a José Penna, por estar a cargo de la Casa de Aislamiento y que hasta el momento ignoraba la existencia del nuevo proyecto.²²³ Luego de varios días de internación Vergara fue dado de alta.

En el caso del *Equater* las alarmas se encendieron por la pasajera María Perciliana, mucama de 23 años originaria de las islas Azores, que presentaba una sintomatología similar a la de la fiebre amarilla. La primera en presentar síntomas en realidad había sido su empleadora, la Sra. Freitas de Enríquez de 54 años, luego de salir de Rio de Janeiro y muriendo en Buenos Aires el 6 de noviembre en el *Hotel du Midi*, ubicado en la calle Corrientes 23, cerca del centro de la ciudad. Perciliana, a cargo del cuidado de la enferma durante el viaje, también se enfermó durante la travesía. Alertados de estos casos se dirigieron al hotel los médicos Miguel Murphy, Enrique Revilla, Julián Fernández y José Penna pertenecientes a la AP y concluyeron que la enferma presentaba una “afección general de naturaleza miasmática” pero cuya sintomatología

²²² *Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires* (1883): 206.

²²³ Laval (2012): 469.

no permitía emitir un diagnóstico preciso.²²⁴ Aun así el caso fue tratado como fiebre amarilla, por lo que se procedió a la desinfección de la habitación y el traslado de la enferma a la Casa de Aislamiento existente en una habitación separada del resto de los enfermos. Asimismo, se inspeccionaron otros hoteles en búsqueda de pasajeros del *Equater* y el *Solis* con posibles síntomas. El seguimiento de María Perciliana fue constante durante su internación siendo visitada al décimo día de su internación por una comisión médica del DNH y el onceavo por otra de la AP. Finalmente, a los 20 días de internación María Perciliana fue dada de alta. Una última cuestión para destacar de este caso fue que, en la última visita mencionada, se realizaron estudios sobre la orina de la paciente a cargo del Dr. Pedro Arata en su cargo de director del Laboratorio Químico Municipal fundado ese mismo año,²²⁵ y que dará pie a la investigación científica en laboratorio, entre otras áreas, de las enfermedades pestilenciales. Esto sería vital para saber tanto la causa de las enfermedades como también poder identificarlas a ciencia cierta en las personas atacadas por algún mal. Vuelve aquí a ser interesante el caso de Perciliana que fue aislada por fiebre amarilla, pero en paralelo se realizó la autopsia de su empleadora, María Freytas, concluyendo los médicos a cargo del procedimiento que no se trataba de fiebre amarilla sino fiebre palúdica, contagiando a su mucama con este mal. Sin embargo, la fiebre palúdica no era considerada contagiosa por lo que otros médicos reafirmaban su diagnóstico de fiebre amarilla.²²⁶ Esta incertidumbre se reflejada muy bien en los dichos de Ramos Mejía:

“¿No sabemos los médicos que en los primeros atacados esta enfermedad se presenta en general con manifestaciones engañosas, benignas, que disfrazada con toda perfidia procura ocultarse bajo el manto de la mansedumbre, como dando tregua y asimilando fuerza para inmolar más víctimas?”²²⁷

Como puede verse mayores precisiones a la hora del diagnóstico eran necesarias, en especial frente a enfermedades que se camuflaban como otras. Volveremos sobre esto en próximos apartados. La experiencia sobre ambos casos nos permite ver que la teoría miasmática continuaba con vigencia en la práctica médica. Tanto Antonio Vergara como María Perciliana eran jóvenes y sin condiciones preexistentes, era evidente que “algo” había atacado a sus organismos “(...) y que este algo los buques lo tomaron a su paso por el puerto de Rio.”²²⁸

²²⁴ *Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires* (1883): 207.

²²⁵ En ese momento Arata tenía 34 años. Había terminado primero la carrera de farmacéutico en 1872 y luego la de medicina en 1879. Fuente: <https://www.agro.uba.ar/biblioteca-arata/arata>.

²²⁶ *Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires* (1883): 229.

²²⁷ *Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires* (1883): 240.

²²⁸ *Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires* (1883): 225.

Tanto la *Quinta de Leslie* como el Hospital Barraca resultaban soluciones provisorias y se sumaban a la larga lista de programas de aislamiento que demandaban la construcción de establecimientos definitivos. En efecto, la nueva casa de aislamiento no era la única obra necesaria en este nuevo contexto de crecimiento económico y demográfico. Algunos establecimientos que habían logrado completarse o estaban próximos a hacerlo necesitaban nuevos ensanches, como el Hospicio de las Mercedes que, como hemos visto recibía también a enfermos crónicos. Otras obras, como la Penitenciaría de Buenos Aires, también pasaron a jurisdicciones ajenas a la ciudad de la misma forma que el Hospital de Clínicas por lo cual debían proyectarse nuevos edificios bajo jurisdicción municipal.

Uno de ellos continuaba siendo el Hotel de Inmigrantes, sumamente necesario en un contexto de mayor afluencia inmigratoria motivado por la ley Avellaneda y la reactivación económica del país. Abandonado el establecimiento de la calle Corrientes, en 1881 se instaló un hotel en el edificio utilizado para la Primera Exposición Industrial y Artística Italiana, ubicado en la calle Cerrito entre Arenales y Juncal. Al poco tiempo este establecimiento provisorio demostró sus limitaciones por lo que un edificio definitivo fue proyectado. El solar seleccionado era en el que previamente funcionaba el Hospital General de Hombres, definido por las calles San Juan, Comercio, Balcarce y Paseo Colon, vecino a la Iglesia de San Telmo y a la Cárcel Correccional de Mujeres, donde también funcionó temporalmente un lazareto (**Figura 4.22**).



Figura 4.22: Bianchi, A. Plano de la ciudad de Buenos Aires de 1882. Ubicación del antiguo Hospital General de Hombres (rojo).

Como parte de las reformas urbanas se proyectaron una serie de cambios en la manzana que obligó a diseñar un proyecto más complejo (**Figura 4.23**).

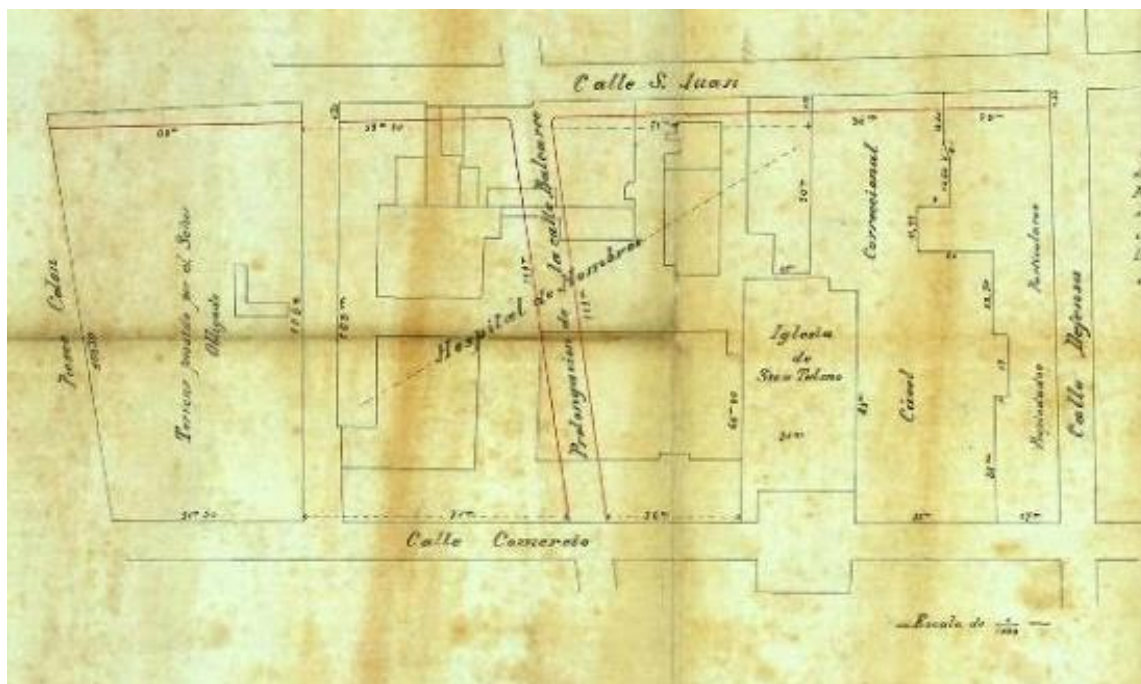


Figura 4.23: Tamburini, F. (1884) Plano de ubicación del proyecto de Hotel de Inmigrantes. En rojo pueden verse las modificaciones a la manzana planificadas en 1882.

Dichas modificaciones contemplaban la ampliación del ancho de la calle San Juan y la prolongación de la calle Balcarce, que antes se interrumpía en la calle Comercio. A la vez se incorporaba un terreno perteneciente al Sr. Obligado que le permitía al nuevo edificio sumar un frente sobre la calle Paseo Colón.

El proyecto fue elaborado por el arquitecto italiano Francesco Tamburini, profesional que fue específicamente contratado por el presidente Roca en 1881 para realizar obras en el país.²²⁹ Su trayectoria local fue amplia, llegando a proyectar y construir numerosos edificios públicos además de desempeñar el cargo de Inspector del Departamento de Obras Públicas de la Nación desde 1883.

Comparado con los establecimientos existentes, y también con el proyecto anterior en la zona de Retiro, el diseño de Tamburini adquiría una escala y un carácter monumental (**Figura 4.24, 4.25 y 4.26**). La prolongación de la calle Balcarce dividía al conjunto en dos partes. En la más grande, con frente a la calle Paseo Colón se ubicaron la mayor parte de los dormitorios colectivos en el perímetro del edificio, mientras que el área de comedores ocupaba el centro de la composición. El primer piso, por otro lado, estaba dedicado íntegramente a dormitorios. La diferencia de nivel con la barranca fue resuelta mediante un zócalo con áreas de servicio, que le otorgaba unidad al conjunto. Ya en la planta principal puede verse que la pisada del proyecto

²²⁹ Shmidt (2004): 92.

era mucho menor, siendo en realidad un conjunto de edificios aislados articulados mediante los espacios abiertos y separados del exterior mediante un muro perimetral.

Este recurso también fue utilizado en otros conjuntos hospitalarios construidos en el periodo, como el Hospital Rivadavia.

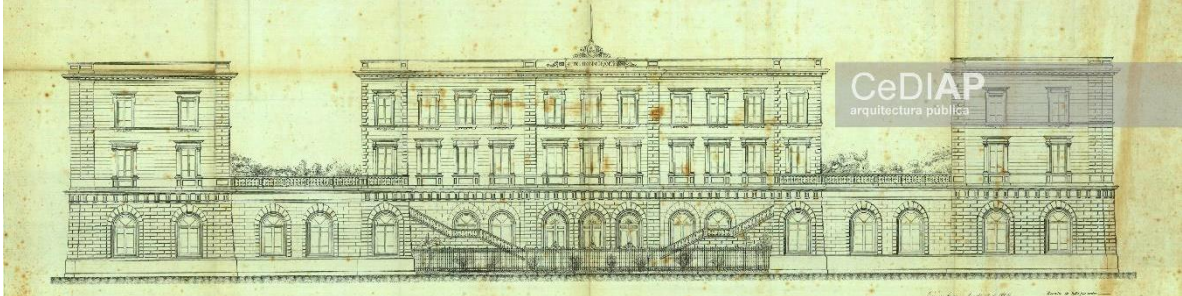


Figura 4.24: Tamburini, F. (1884) Proyecto del Hotel de Inmigrantes. Frente sobre la calle Paseo Colón.



Figura 4.25: Tamburini, F. (1884) Proyecto del Hotel de Inmigrantes. Planta baja.

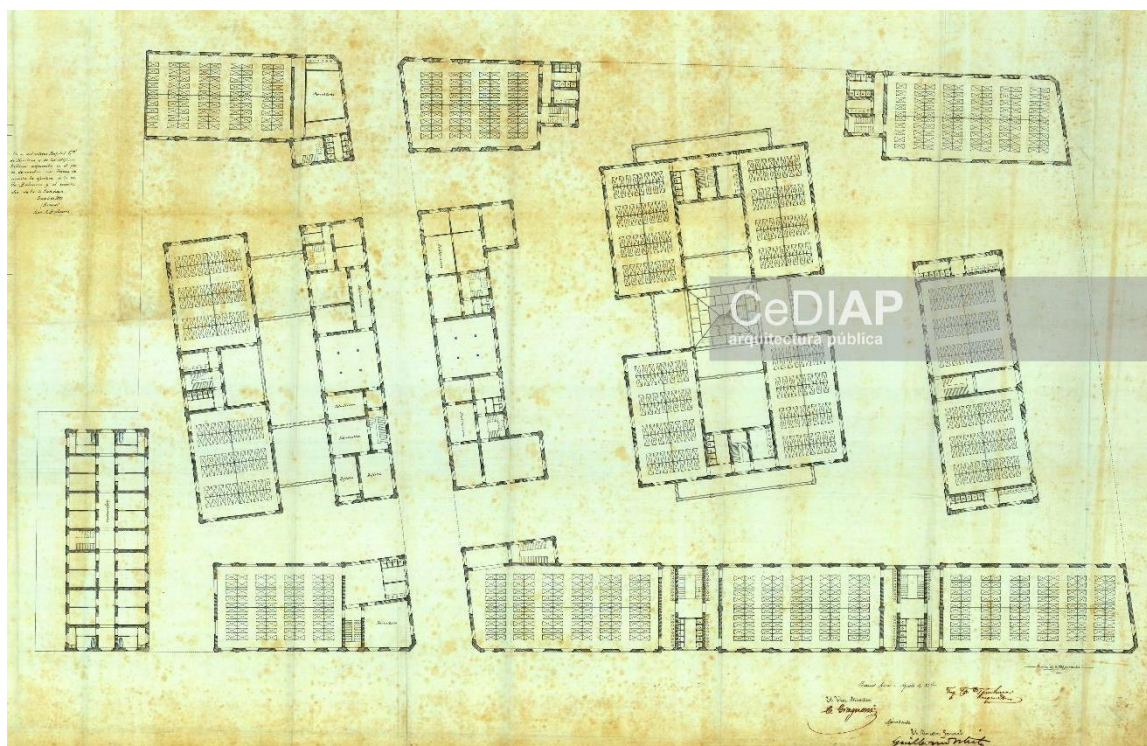


Figura 4.26: Tamburini, F. (1884) Proyecto del Hotel de Inmigrantes. Planta alta.

La parte más pequeña, entre la calle Balcarce y la Iglesia de San Telmo, también contaba con un sector destinado a dormitorios colectivos, pero estaba dedicada principalmente al área administrativa, depósitos de equipajes, y hospital.

Las obras de este hotel aparentemente iniciaron en 1884, sin embargo, un año después el informe del Ministerio de Obras Públicas detallaba que solo se había procedido al desmote de tierra. Entre el inspector y el contratista habían decidido no avanzar con la etapa de cimientos por temor a trabajar en un terreno con un gran número de pozos donde habían descargado las letrinas del antiguo hospital. Por otra parte, existieron varias críticas con respecto al emplazamiento en este sector de la ciudad. El médico de la Comisaria General de Inmigración, por ejemplo, aconsejaba nuevamente la instalación del Hotel en la zona de Retiro.²³⁰ El informe del Comisario General de Inmigración condensaba todos estos puntos. Sobre la posibilidad de construir el hotel de San Telmo afirmaba que:

“La inmigración sería allí un constante peligro, corriéndolo ella misma (...) no teniendo a lo sumo sino una cuadra cuadrada, rodeado de una densa vecindad, accesible solo por las calles de la población, siendo sinuosas y de malísimas condiciones las cercanas a él, colocado

²³⁰ Ochoa de Eguileor; Valdes (2000):113

enfrente de unos bajíos, cubierto de cieno, inaccesible por el lado de la rada no hay defecto que no tenga, ni incomodidad de que no adolezca”.

También hacía mención del uso previo del paraje como hospital y los riesgos que esto implicaba por:

“(…) encontrarse por consiguiente impregnado de efluvios, emanaciones y miasmas deletéreas, que hacen de este paraje el más insalubre y peligroso de toda la ciudad. Construir allí el Departamento de Inmigración (...) sería lo mismo que poner la mecha ardiendo de un polvorín.”²³¹

A partir de todas estas objeciones las obras fueron primero retrasadas y luego postpuestas indefinidamente hasta que en 1887 se suspendieron de forma definitiva. Claramente el riesgo de desatar una nueva epidemia seguía latente y estaba lejos de ser un miedo infundado.

Con el creciente número de inmigrantes llegando a los puertos, la necesidad de un hotel de grandes dimensiones en la capital era enorme, pero esta carencia también podía verse en las provincias del interior. Teniendo el proyecto de inmigración y colonización en mente, en enero de ese mismo año se ordenó por decreto al Departamento de Ingenieros que diseñe once hoteles de inmigrantes con capacidad entre 500 y 1.000 personas. Uno se instalaría en la capital fuera del radio de la ciudad, dos en la provincia de Buenos Aires, dos en Córdoba, dos en Santa Fe, dos en Entre Ríos y dos en Corrientes. Cuando finalmente se sancionó la ley en octubre las capacidades se habían reducido a 500 y 200 personas (**Figura 4.27**).

El plano titulado “Hotel de Inmigrantes para las Provincias, Tipo para edificio de segunda clase” firmado por el Federico Stavelius, perteneciente al Departamento de ingenieros, reforzaba la idea de proyectos pensados justamente como “soluciones tipo”, aplicables a múltiples latitudes. En este caso en particular se señalaba que esta modelo sería para las ciudades de Bahía Blanca, Bellville, Rio Cuarto y Goya; sin contar con un lote específico donde remitir el proyecto. Este tipo de planteos permitía pensar en un programa de necesidades mínimo, proporción y dimensiones de los espacios de uso y de circulación; y una propuesta morfológica de conjunto posible de ser resuelta en forma simple y racional. En este caso el proyecto se resolvía consolidando el perímetro del supuesto lote, y estableciendo dos patios, de proporciones similares, que permitían articular todas las funciones del edificio. De manera similar al proyecto de hotel en San Telmo el espacio central estaba ocupado por el comedor, mientras que los dormitorios colectivos fueron ubicados en el perímetro.

²³¹ Ochoa de Eguileor; Valdes (2000):116.

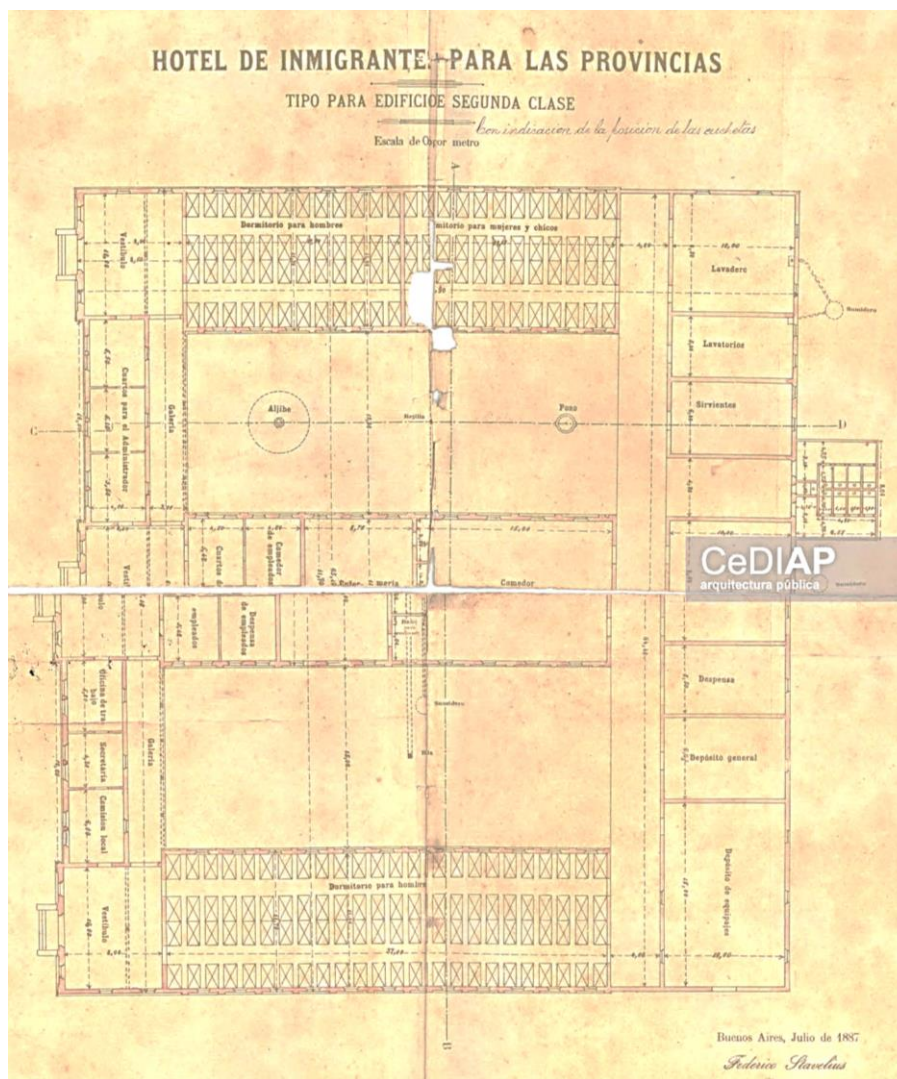


Figura 4.27: Stavelius, F. (1887) Hotel de Inmigrantes para las Provincias.

A pesar de contar con planos elaborados, en muchos casos se siguió recurriendo a instalaciones provisionarias o arrendando propiedades por un tiempo determinado. En la *Memoria del Departamento General de Inmigración* correspondiente al año 1888 se daba cuenta de las obras que se estaban llevando adelante en la Provincia de Buenos Aires, lo que incluía las mejoras que había recibido el Hotel de La Plata y la adquisición de propiedades adecuadas en Campana, San Antonio de Areco y otros puntos que beneficiarían el desarrollo rural de la provincia. Solo en el caso de Mercedes se estaba construyendo un hotel de acuerdo a los planos presentados.²³² En lo que refiere al resto del país se estaban construyendo hoteles de primera clase en Tucumán, Córdoba, Corrientes, Rosario, Paraná y Santa Fe; y de segunda en Goya, Bellville, Bahía Blanca, Mercedes (San Luis) y Rio Cuarto.

²³² Departamento General de Inmigración (1888):39.

Si bien arrendar una propiedad existente permitía acotar los tiempos para la puesta en funcionamiento de un hotel esto no siempre era tarea sencilla. En 1886, se había alquilado la quinta del Dr. Ocantos, ubicada en el barrio de Caballito para instalar el Batallón de Artillería de Costas y de Ametralladoras. Pero un año después, se decidió cambiar su destino a Hotel de Inmigrantes para aliviar la demanda del existente en la calle Cerrito, donde se había detectado un caso de cólera. Enterados de la próxima ocupación del hotel los vecinos del lugar comenzaron a organizarse para intentar evitarlo, por lo que debió enviarse un destacamento de 20 hombres para garantizar la seguridad. Algunos inmigrantes fueron finalmente instalados allí pero el conflicto no terminó. La Comisión Popular de San José de Flores pidió que no se dejara salir a los inmigrantes por la sospecha de dos posibles casos de cólera que podrían provocar nuevos contagios si se los dejaba circular libremente.²³³

Finalmente se optó por adaptar un edificio existente ubicado en la zona del Retiro (**Figura 4.28**). Allí se había instalado un “panorama” unos años antes sobre terrenos que antes habían sido ocupados por cuarteles militares. Inicialmente contaba con capacidad para 2.500 personas, la cual era juzgada como insuficiente por las autoridades del Departamento General de Inmigración. Un ensanche fue rápidamente proyectado por Federico Stavelius con el fin de ampliar su capacidad a 5.000 inmigrantes, aunque se juzgaba que en años venideros la capacidad necesaria sería al menos de 20.000 considerando que ya había días en que el hotel recibía a más personas que su capacidad máxima. Estas aglomeraciones representaban un riesgo para los inmigrantes y la salud pública en general.²³⁴

Esta relación entre hoteles de inmigrantes y riesgo epidémico nos permite profundizar en una de las hipótesis de esta tesis, la cual planteaba el funcionamiento integrado de los programas de aislamiento como forma de contención de las enfermedades contagiosas. Las primeras *Memorias del Departamento Nacional de Inmigración* nos permiten ver que un importante número de personas eran atendidas por el servicio médico del hotel, y que una de las enfermedades más presentes era el sarampión, la cual también costaba la vida de muchos habitantes de la ciudad.²³⁵ En la mayoría de los casos, el seguimiento de la enfermedad podía realizarse en la enfermería del establecimiento, pero en situaciones de alta demanda se enviaba al excedente a la Casa de Aislamiento.

La autoridad médica del Hotel también estaba vinculada al proceso de inspección a bordo para rechazar la “mala inmigración”, término que utilizaban para referirse a inmigrantes

²³³ Ochoa de Eguileor; Valdes (2000):127.

²³⁴ Departamento General de Inmigración (1888):43.

²³⁵ Departamento General de Inmigración (1889):78.

con enfermedades crónicas o no aptas para el trabajo.²³⁶ Algunos visitantes de la policía portuaria no estaban capacitados para diagnosticar estos casos por lo que los médicos del hotel debían apersonarse a bordo para identificarlos y reembarcarlos a sus puertos de origen. Para poder dar respuesta al flujo inmigratorio del puerto de la capital, en 1889 se crearon nuevos puestos para médicos, enfermeros y practicantes; dando un total de 9 personas.²³⁷ Este personal también estaba a cargo de la vacunación antivariólica de los inmigrantes que se hospedaban en el hotel, mientras que no lo hacían eran vacunados a bordo por el personal del DNH a su llegada a la ciudad.

Aun con este nuevo personal y considerando que la población del hotel era bastante dinámica, es decir que residía poco tiempo allí dejando el lugar a un nuevo contingente, las autoridades médicas alertaban sobre lo deficiente de las instalaciones. Afirmaban que “(...) deja mucho que desear por su poca solidez, por su construcción en madera que hace difícil la limpieza y la desinfección y que ofrece un riesgo permanente al fuego. El subsuelo es poco firme, los cimientos no son bastante fuertes, y todo él está minado de ratas”.²³⁸ El médico-director solicitaba también un local de aislamiento anexo que permitiera aislar a los enfermos contagiosos confirmados y en observación.

Una primera ampliación para el Hotel de Inmigrantes se logró sumando a la estructura hexagonal del antiguo panorama un edificio rectangular de una sola planta en el que se encontraban las áreas de servicio (**Figura 4.29**). A pesar de su carácter “provisorio”, que provocó que al año de su construcción debieran realizarse varias reparaciones, el hotel prestó servicio por más de dos décadas hasta que finalmente se construyó un hotel definitivo del que daremos cuenta en próximos apartados. Durante ese tiempo las ideas y proyectos de reemplazarlo convivieron con otros de ampliar sus funciones. Inclusive Stavelius fue enviado a los Estados Unidos para estudiar los proyectos de hotel que se estaban desarrollando allí.

²³⁶ Departamento General de Inmigración (1889):78.

²³⁷ Departamento General de Inmigración (1889):81. El personal consistía en un médico director, dos médicos, dos practicantes, dos enfermeros, un mandadero y un sirviente.

²³⁸ Departamento General de Inmigración (1889):84.



Figura 4.28: Ludwig, P. (1892). (En azul) Ubicación del Hotel de Inmigrantes. Fuente: Plano de la Ciudad de Buenos Aires y Distrito Federal



Figura 4.29: Hotel de Inmigrantes provisional de Retiro. Pueden verse el edificio existente que funcionaba como panorama y el nuevo edificio en el que se encontraban las áreas de servicio.

Esta tensión entre concretar un proyecto permanente o ampliar lo provisional resultó una constante del período y puede verse en varios de los programas arquitectónicos relacionados a la salud que hemos abordado. Dicho aspecto además se relacionaba con la, cada vez mayor, afluencia de inmigrantes que llegaban al puerto de Buenos Aires luego de un viaje en condiciones de hacinamiento y con enorme falta de higiene. Ya nos hemos referido a Samuel Navarro, el Comisario de Inmigración. En 1884 presentó un informe en el que alertaba sobre las condiciones en las que llegaban los miles de pasajeros de tercera provenientes de los puertos italianos, franceses y españoles. Por las leyes de navegación vigentes dichos navíos no deberían haber podido zarpar de los puertos de origen, pero las compañías de navegación contaban con

un enorme poder económico de presión, que permitía que las denuncias en su contra quedaran solo en las memorias institucionales.²³⁹

De todas formas, la problemática pasaba al primer plano cuando llegaban las noticias de una embarcación con contagiados a bordo. El mismo año que se presentó el informe de Navarro los medios locales informaban que el cólera que estaba presente en Toulon se había trasladado a los puertos de Marsella y Génova, con los cuales la ciudad de Buenos Aires tenía frecuentes intercambios. En ese contexto nuevamente se establecieron medidas de cuarentena, que intentaron ser puestas en común con la Junta de Sanidad de Montevideo sin éxito.

En este punto vale recordar que la República Oriental contaba con la ventaja de disponer del lazareto de la Isla de Flores, que a estas alturas ya contaba con un mayor número de instalaciones y permitía separar a los inmigrantes en grupos junto a sus pertenencias. También Brasil había iniciado las obras de su propio lazareto en Ilha Grande ese mismo año. Por el contrario, nuestro país aún no tenía un lazareto de estas características.²⁴⁰ En enero de 1876, dos años después de la epidemia del *Pontón Mora*, el gobierno argentino había desactivado por decreto el precario lazareto que se había instalado en la Isla Martín García, destinándola a plaza-fuerte. Por el mismo decreto se estableció que las cuarentenas se realizaran en lazaretos flotantes, para lo que se habían adquirido los vapores *Rosetti* y *Vigilante*.²⁴¹

Esto se volvió especialmente crítico ante la posible llegada de enfermos a bordo del vapor *Provence*, proveniente de Marsella en agosto de 1884. La embarcación había sido rechazada en Río de Janeiro y en Montevideo por no haber cumplido los 40 días de navegación desde su salida de Europa el 19 de julio.²⁴² Con poco margen de tiempo se autorizó por ley el 8 de agosto la instalación de un lazareto provisorio en Isla Martín García y cinco días después se creó la Junta Central de Lazaretos (en adelante JCL) bajo la presidencia del prefecto Carlos Mansilla y compuesta por el doctor Antonio Crespo como representante del DNH, el cirujano de la Armada Cirilo Gramajo, el secretario Inocencio Torino que tenía la misma función en el DNH, y de uno o más ingenieros que serían designados oportunamente.²⁴³ La JCL tendría a la isla como sede, y sus principales funciones serían dirigir el avance de las obras, vigilar y administrar los establecimientos cuarentenarios nacionales, que al momento se limitaban a Martín García y los

²³⁹ Bordi de Ragucci (1992):36.

²⁴⁰ Bordi de Ragucci (1992):41.

²⁴¹ Prefectura Naval Argentina (2010): 149.

²⁴² Bordi de Ragucci (1992):41.

²⁴³ El 21 de Agosto se aceptó la renuncia de Antonio Crespo quien manifestó imposibilidad absoluta de asumir el cargo. En su lugar asumió Inocencio Torino, que fue reemplazado en el DNH por Samuel Gache. República Argentina (1882):819.

lazaretos flotantes, determinar la ubicación de nuevos espacios de cuarentena provisorios necesarios a nivel nacional, instarlos y definir sus reglamentos de funcionamiento; y finalmente practicar los estudios necesarios a fin de dotar al país de uno o más lazaretos definitivos.²⁴⁴ Tal vez por contar entre sus miembros con Antonio Crespo e Inocencio Torino, esta quita o al menos superposición de atribuciones entre la JCL y el DNH no despertó quejas de las autoridades de este último. La JCL urgentemente solicitó presupuesto para comprar carpas destinadas a alojar a los pasajeros de tercera, pidió autorización para afectar la corbeta *Chacabuco* para los pasajeros de primera y segunda y otros fondos para nuevos lazaretos flotantes. A fines del mismo mes se habían instalado 400 carpas al sur de la Isla Martín García, en terrenos cedidos por el Ministerio de Marina conocido con el nombre de “El Alfalfar”.²⁴⁵

La capacidad instalada se saturó con la llegada de la embarcación *Polcevera*, situación que empeoró con el arribo del *Nord América* a puerto con casos sospechosos que ante la ausencia de lugar debieron realizar la cuarentena a bordo. Se proyectaron rápidamente algunos galpones en tierra, contratando a los mismos inmigrantes como mano de obra, y el 30 de octubre se adquirió también el vapor *General Villegas* como lazareto flotante con capacidad para 12 camas, equipándolo con seis estufas de desinfección.²⁴⁶

Alejada la posibilidad de llegar a un acuerdo con Uruguay para contar un único lazareto internacional, otras alternativas fueron pensadas para dar solución definitiva a este problema, incluyendo la construcción de una isla artificial frente a la ciudad de La Plata, donde se instalaría un lazareto con capacidad para 8.000 personas.²⁴⁷ Si bien provisorio, la presencia de un establecimiento en Martín García permitiría evitar el rechazo de las embarcaciones, que por muchos médicos era calificado de bárbaro, y desde el punto de vista económico y político derivaba en conflictos internacionales, que quedaron reflejados en la prensa y en las memorias institucionales del Ministerio de Relaciones Exteriores.

Ya para 1885 se habían construido en la isla una serie de pabellones de madera y un horno de cremación. En obra se encontraban otros pabellones que reemplazarían a los existentes y ofrecerían mayor comodidad, un muelle que facilitaría la llegada de los barcos y el tendido de un ferrocarril *Decauville* que conectaría las distintas partes de la isla. Se esperaban también la llegada desde Alemania de aparatos de desinfección, un generador de vapor, dos cámaras centrifugas y dos de desecamiento, nuevos instrumentos para el combate de las

²⁴⁴ *Anales del Círculo Médico Argentino* (1885):34. República Argentina (1882):816.

²⁴⁵ Departamento Nacional de Higiene (1913):27.

²⁴⁶ Departamento Nacional de Higiene (1913):27.

²⁴⁷ *Anales del Círculo Médico Argentino* (1885):34.

enfermedades infecciosas a los cuales nos dedicaremos en profundidad en el siguiente capítulo.²⁴⁸ Al terminar todas estas instalaciones se esperaba poder recibir unos 3.000 pasajeros en cuarentena.

Aún así parecía necesaria la construcción de un proyecto de lazareto definitivo a raíz de conflictos con la comandancia militar la isla. En efecto, cuando había pasajeros en cuarentena se consideraba “sucio” a toda la superficie y la población de la isla, por lo que los soldados y los civiles no podían salir de ella libremente. Para solucionar este inconveniente la JCL inició un estudio de diversas islas del territorio nacional, algunas ubicadas sobre los ríos Paraná y Uruguay, y otras cercanas a Bahía Blanca, más específicamente en el archipiélago de Soraita, compuesto por las islas Ariadna, Bermejo, Green y Trinidad (**Figura 4.30**).

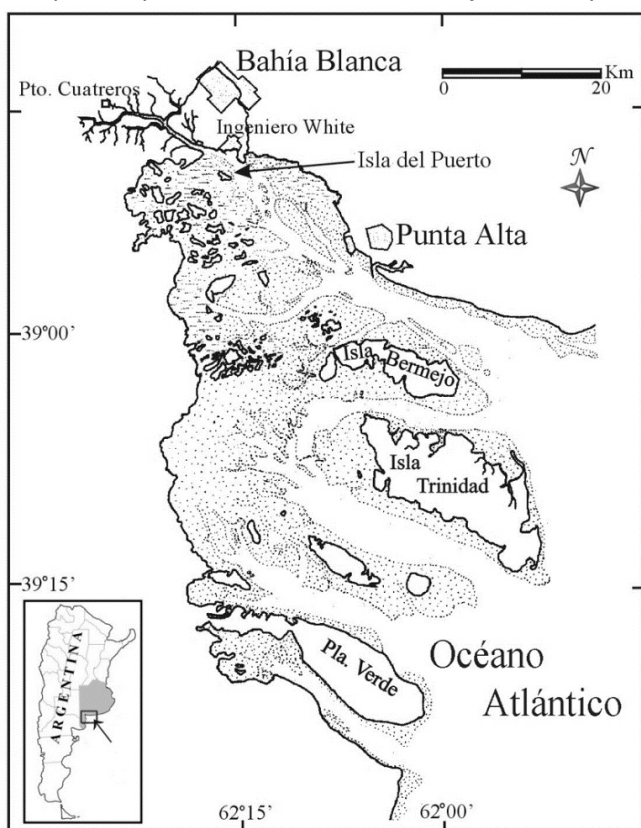


Figura 4.30: Ubicación de las Islas Trinidad, Bermejo y Verde, consideradas para la ubicación del lazareto definitivo. Fuente: 249

Si el lazareto definitivo se concretaba la República Argentina podría contar con dos lazaretos que permitirían “(...) atender mejor el servicio sanitario y velar por la salud pública (...) a fin de poner a Buenos Aires en buenas condiciones de higiene.”²⁵⁰

²⁴⁸ *Anales del Círculo Médico Argentino* (1885):36.

249

https://www.researchgate.net/publication/262556107_Dieta_del_Bigua_Phalacrocorax_olivaceus_durante_la_primavera_en_el_estuario_de_Bahia_Blanca_Buenos_Aires_Argentina

²⁵⁰ *Anales del Círculo Médico Argentino* (1885):36.

Justamente en la ciudad de Buenos Aires, Ramos Mejía aprovechó la oportunidad para asentar más su figura y la de la AP mediante la adopción de medidas preventivas, que ayudaron a disminuir el temor y marcar la presencia institucional frente a la sociedad.

Asimismo, propició avances para convertirse en un ente más autónomo y técnico, mediante la implementación del sistema de concursos para acceder a nuevas vacantes. Esto le permitiría mayores libertades al interior de la institución municipal y con respecto a la dirigencia de la Facultad de Medicina. La academia aspiraba a tener cierto control sobre la AP, como el que había tenido sobre el Consejo de Higiene.²⁵¹ Sin ir más lejos, el cargo del presidente del Consejo fue muchas veces ocupado por el decano de la Facultad, que también era presidente de la Academia de Medicina.²⁵² Esa vinculación tan estrecha fue muchas veces criticada por el Círculo Médico, formado por galenos reformistas más jóvenes, entre los que se encontraban varios de los médicos que ahora ocupaban cargos en la AP, incluido Ramos Mejía. Por eso, esta decisión despertó ciertas tensiones tanto desde la academia como desde el gobierno, conflicto que escaló con la decisión de Ramos Mejía de dejar por escrito en la *Memoria Municipal* de 1885 todas las carencias presupuestarias y materiales de la AP, sumando así una gran presión y responsabilidad sobre las autoridades municipales.²⁵³

Estas fricciones se hicieron aún más manifiestas durante el gran brote de cólera a finales de 1886, a poco de iniciado el mandato presidencial de Miguel Ángel Juárez Celman, durante el cual Eduardo Wilde fue nombrado ministro del Interior. La enfermedad había aparecido el año anterior en Italia y se había extendido a España y Francia, lo que significó la imposición de cuarentenas de entre cuatro y ocho días para esas procedencias. Las condiciones antihigiénicas y de aglomeración propias del traslado de inmigrantes desde el viejo continente derivó en la propagación a bordo de las enfermedades infecciosas y consecuentemente en una alta demanda de las instalaciones de Martín García y el lazareto flotante. Cuando el número de casos disminuyó en Italia se dispuso una reducción de los tiempos de observación y luego la recepción en libre plática, lo que inicialmente parecía positivo para la normalización del flujo comercial e inmigratorio pero que luego tuvo fuertes consecuencias con la aparición de un brote local en octubre de 1886.

Al igual que la epidemia de fiebre amarilla de 1871, esta epidemia de cólera marcó un parteaguas y promovió otro paso en la institucionalización de distintos cuerpos médicos.²⁵⁴

²⁵¹ González Leandri (2006): 52.

²⁵² González Leandri (2006): 55.

²⁵³ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1885).

²⁵⁴ González Leandri (2006): 56.

Sobre el inicio de la enfermedad hubo diferentes versiones, cuya variedad tuvo más que ver con volcar la culpa sobre una repartición del Estado en particular - el Departamento de Higiene, la policía sanitaria, ente otros – que en encontrar la verdadera causa. Así el inicio de la enfermedad fue situado alternativamente en embarcaciones que no fueron inspeccionadas – el periódico *El Mosquito* señalaba sucesivamente al vapor *Perseo*, proveniente de Génova, que fue admitido en libre plática aunque fue rechazado en Rio de Janeiro y Montevideo,²⁵⁵ en los conventillos de La Boca y en las instalaciones de cuarentena de Martín García, San Fernando o las provisorias de La Boca. Vale decir que en todas estas locaciones se registraron contagios y fallecimientos por la enfermedad, además de que el estado edilicio y las condiciones de hacinamiento eran preocupantes. Sobre el caso del *Perseo* el DNH escribió una serie de notas al Ministerio de Guerra y Marina asegurando que no había permitido la libre plática. En efecto, el *Perseo* había sido retenido por 24 horas luego de las cuales fue inspeccionado por el médico de servicio y un delegado de la oficina de inmigración, que constataron el estado de higiene de la embarcación. Probablemente la alerta por parte de la prensa se debiera a que previamente la Junta de Sanidad de Montevideo le había impuesto cuatro días de cuarentena a causa de 8 defunciones ocurridas durante la travesía, cuatro de las cuales se diagnosticaron como enfermedades intestinales, con sintomatología similar al cólera.²⁵⁶

El DNH también entro en discusión con las autoridades sanitarias de la AP. Ante un caso de fallecimiento sospechoso en la subprefectura del Riachuelo, Ramos Mejía comisionó a los médicos José Penna y Telémaco Susini a realizar la autopsia, llegando a la conclusión de que se trataba de cólera asiático. Esto fue negado por nota del DNH, afirmando que se trataba de cólera nostras, una variante no epidémica. La escena se repetiría en otras ocasiones, la AP afirmaba la presencia de la enfermedad y el DNH la negaba. Estas discrepancias fueron constantes en este y otros episodios epidémicos, como veremos más adelante.

El cólera siguió su marcha por vía terrestre y fluvial. Aparentemente llegó a Rosario en el vapor *Orión* que partió de Buenos Aires, causando más de 1.000 víctimas fatales. En ese contexto de emergencia Eduardo Wilde, nombró a diferentes delegados médicos que se trasladaron a las zonas más afectadas de las provincias como la ya mencionada Rosario, pero también a Mendoza y Tucumán. Asimismo en noviembre, por decreto, se definió a la AP como el máximo organismo responsable para combatir la epidemia en la ciudad de Buenos Aires, y otorgó atribuciones especiales a Ramos Mejía que superaban a las del propio intendente

²⁵⁵ *El Mosquito*, 26 de diciembre de 1886.

²⁵⁶ Departamento Nacional de Higiene (1913):34.

municipal Torcuato de Alvear.²⁵⁷ **(Figura 4.31)** El mandato de Alvear estaba por llegar a su fin y Celman ya había anunciado que su sucesor sería Antonio Crespo, quien ejerció la presidencia del Círculo Médico luego de Ramos Mejía y, por lo tanto, cercano a las ideas de reforma en materia sanitaria. Además, Crespo fue muy crítico del proyecto de apertura de la Avenida de Mayo, ya a esta altura la obra emblemática de la gestión de Alvear, que desde diversos círculos fue criticada como superflua y un mal gasto frente a otras obras más urgentes.²⁵⁸ El rol asignado a la AP significaba un paso adelante en pos de la centralización de los servicios sanitarios que sus autoridades esperaban para la institución.

Algunos periódicos vieron en esto un intento político de vaciar la figura de Alvear cuya imagen al frente de la gestión de la ciudad era positiva, evitándole sumar una victoria en el manejo de la epidemia, para permitir así una transición lógica a su sucesor.²⁵⁹ Sumado a esto, el informe que presentó Ramos Mejía detallando una serie de obras de saneamiento necesarias para la zona sur dejaban en evidencia que los recursos que la ciudad estaba destinando al proyecto de Alvear probablemente estaban siendo mal invertidos o al menos no eran obras prioritarias.

En ese contexto, el primer intento del intendente fue vedar la ordenanza que autorizaba a Ramos Mejía a gestionar recursos directamente con el Consejo Deliberante, sin intermedio de la intendencia, pero su argumento fue desestimado. El segundo fue un ataque directo a la AP y las capacidades de gestión de su director. Alvear le encargó a Ramos Mejía reducir el salario de sus médicos y destinarlos a tareas menores. Además, a través de una serie de artículos en los medios de comunicación, Alvear denunciaba el estado de los hospitales a cargo de Ramos Mejía a quien acusaba de no tener un plan y del gasto que significaban los altos salarios de sus médicos. Este respondió con una fuerte crítica a las numerosas intromisiones de Alvear en tareas que le correspondían a la AP, proponiendo también medidas inconsultas o contrarias a las de la institución entre las que se encontraba el envío de un enfermo de cólera al Hospital San Roque que no fue admitido por el presidente de la AP al tratarse de un mendigo que había engañado a Alvear. Ramos Mejía finalmente señalaba al enorme gasto realizado en la ciudad en “obras inútiles (...) la comedia del ornato, la tosca y el caserto en forma de grutas y cascadas”, mientras que obras fundamentales como el saneamiento urbano, las infraestructuras de servicio y la edilicia sanitaria eran constantemente postergadas. Dejaba también clara su intención de “(...)

²⁵⁷ Decreto del 16 de noviembre de 1886.

²⁵⁸ González Leandri (2006): 58.

²⁵⁹ *La Nación*, 3 de marzo de 1887. Citado en González Leandri (2006): 60.

desnudar al Intendente de las plumas con que se vistió porque Alvear es un administrador pésimo”.²⁶⁰

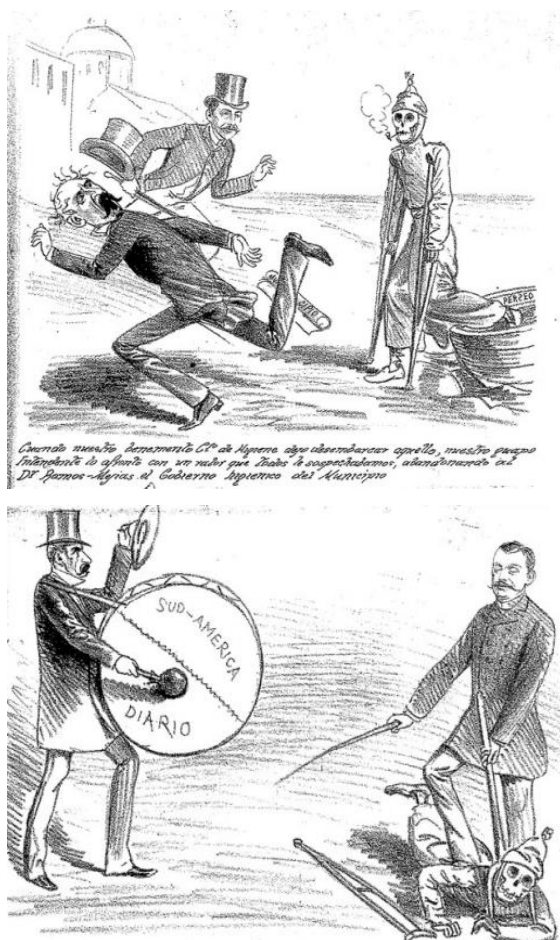


Figura 4.31: En la imagen izquierda puede verse al cólera personificado y descendiendo de una embarcación con el nombre *Perseo*. El periódico señalaba sarcásticamente que Alvear con mucho valor abandonó el gobierno higiénico del municipio a Ramos Mejía y que una vez vencido se adjudicó esa victoria. Fuente: *El Mosquito*, 5 de diciembre de 1886.

La destitución de Ramos Mejía luego de ese exabrupto fue prácticamente inmediata. Sin embargo, en ese tiempo se establecieron medidas sustanciales para combatir las enfermedades epidémicas, como la separación de los enfermos en la Casa de Aislamiento, la denuncia obligatoria de posibles casos y la cremación cadavérica de todos los enfermos fallecidos. Esto último surgió a pedido de José Penna, que solicitaba autorización para cremar el cadáver de Martín Cortina, primer paciente colérico recibido en la Casa de Aislamiento y de todos los futuros cuerpos que llegaran al establecimiento durante la epidemia. Nuevamente, y a falta de un horno crematorio, se recurrió a una estructura improvisada, en este caso construida con una cama de hierro reforzada con alambre llevando adelante el procedimiento el día 5 de noviembre.

Con la acumulación de cuerpos, Penna no tuvo otra alternativa más que mandar a construir un horno propiamente dicho. El 10 de noviembre albañiles, que debieron ser

²⁶⁰ Bordi de Ragucci (1992):67.

custodiados por guardias por la “(...) repulsión y terror que les inspiraba la proximidad de este centro de contagio”,²⁶¹ levantaron un pequeño horno que fue inaugurado esa misma noche. Este dispositivo tuvo que ser reemplazado rápidamente por un segundo horno. Ambos contaban con las mismas dimensiones, 2,50m X 1,00m, e iguales materiales, ladrillo unido con barro y una grilla de fierro elevada 80 centímetros donde se depositaba el cuerpo. El horno se cerraba con puertas de hierro que le otorgaban cierta hermeticidad, lo que redujo considerablemente los tiempos de cremación, recordemos que la primera había demorado más de 2 horas mientras que la segunda más de tres.

El tercer y último horno, si bien imperfecto, permitía la combustión del cuerpo en poco más de una hora. Para Penna ya esto había valido el esfuerzo además que consideraba que los constructores habían “(...) trabajado bajo la presión del miedo y el horror que les causaba la epidemia, y aun cuando se les estimulaba pagándoles un buen jornal, un día faltaba un oficial, al día siguiente un albañil”.²⁶² Este dispositivo ya pertenecía al tipo de horno denominado “colectivo”, formado por dos independientes conectados que podían trabajar en simultaneo o individualmente. Por estas características sus dimensiones eran un poco superiores a los anteriores, 5,24 m x 3,50m y 2,70 m de altura.

Durante la epidemia también se instalaron hornos crematorios en el lazareto del Riachuelo, en la Ensenada -ubicado en la Isla de Santiago- y en el cementerio de La Plata que dejaron de funcionar cuando la epidemia fue superada, dejando en servicio solo los de la Isla Martín García y la Casa de Aislamiento.²⁶³ Para 1889, Penna ya había pedido su reemplazo por otro horno de eficacia comprobada bajo el sistema *Gorini*, en referencia a Paolo Gorini quien construyó el horno del crematorio de la ciudad de Woking, primer establecimiento de estas características edificado en Inglaterra.²⁶⁴

Aparentemente este horno comenzó a construirse en la década de 1890 y la práctica parece haberse mantenido en la Casa de Aislamiento hasta 1903.²⁶⁵ Durante ese tiempo el establecimiento incineró tanto sus pacientes fallecidos como también recibió cuerpos del medio urbano, por lo que se introdujeron algunas modificaciones para que no se mezclaran las cenizas de procedimientos diferentes, de manera de recolectarlas luego.²⁶⁶ De todas formas la gran mayoría no las reclamaba por lo que Penna sugirió la erección de un monumento

²⁶¹ Penna (1889) :271.

²⁶² Penna (1889):275.

²⁶³ *Boletín de la Asociación Argentina de Cremación*, enero y febrero de 1923, Año I, N°1, 14.

²⁶⁴ Wilkinson (2016).

²⁶⁵ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1890-1892)*: 324.

²⁶⁶ Penna (1889):297.

conmemorativo a la cremación en el Cementerio de la Chacarita, que sirviera también de depósito para esos restos.²⁶⁷ Según la memoria municipal este “cinerarium” fue inaugurado en 1892 con una leyenda que conmemoraba la institución de la cremación cadavérica iniciada el 26 de diciembre de 1884 (Figura 4.32).²⁶⁸



Figura 4.32: Cinerario municipal del Cementerio de la Chacarita. Fuente: Revista *Caras y Caretas*, 28 de octubre de 1899, año II, N°56.

A pesar de estos avances quedaba mucho por hacer, en febrero de 1887 el periódico el Mosquito señalaba que: “se va alejando el cólera. deseáramos que la presencia del flajelo (sic) hubiese sido una enseñanza para los encargados de velar por la salud pública.

Desgraciadamente, a medida que el peligro va desapareciendo, la rutina la indiferencia vuelven imperantes”.²⁶⁹ Además señalaba como una enorme falencia el sistema de recepción de los inmigrantes, en especial refiriéndose a la isla Martín García por la gran aglomeración de gente en la isla, en la que se mezclaban indistintamente los viajeros y los inmigrantes.

Luego de la separación de Ramos Mejía de la AP ese cargo fue ocupado por el doctor José María Astigueta en marzo de 1887. Su gestión fue corta, ante una amenaza de renuncia en bloque Juárez Celman había prometido a los colegas de Ramos Mejía que este volvería a su cargo una vez que hubiera asumido Crespo como Intendente.²⁷⁰ La figura de Ramos Mejía había adquirido gran notoriedad entre sus pares y en el público en general, pasada la epidemia de cólera una marcha de 150 médicos se dirigió a su domicilio para agradecerle su servicio. Allí Telémaco Susini pronunció un discurso de homenaje a su colega con amplias críticas a Alvear y sus intentos de desacreditar a la AP.

²⁶⁷ Penna (1889):301.

²⁶⁸ La leyenda era la siguiente: *Verbimus crepti puro consumimur igni. Indocte vetitum mens renovata petit.*

²⁶⁹ *El Mosquito*, 13 de febrero de 1887.

²⁷⁰ González Leandri (2006): 65.

Numerosos proyectos fueron realizados casi como respuesta a la epidemia de cólera. En septiembre de 1887 se sancionó una ley que autorizaba al Poder Ejecutivo para arrendar y concluir las obras de salubridad de la Capital. La licitación pública fue ganada por Emilio Castro, que luego desistió por motivos económicos, por lo que la obra fue encargada directamente a la compañía de capital inglés Hale & Co, quienes crearon *The Buenos Aires Water Supply and Drainage Company Limited*. El contrato duró solo tres años y fue rescindido por el maltrato a los usuarios y las tarifas desmesuradas, dejando las obras inconclusas.²⁷¹

También se formó una comisión, que incluía a José María Astigueta, para realizar un relevamiento de todos los hospitales a cargo de la AP para establecer su estado general y las obras necesarias para su mejor funcionamiento. En relación con los establecimientos vistos hasta ahora se señalaba que el Hospital San Roque contaba con una capacidad para 300 camas considerando que se utilizaban también las galerías por la constante demanda que tenía el hospital. Asimismo, se volvía a remarcar el defecto de diseño en relación a la comunicación de ciertas áreas no deseadas entre sí, sugiriendo realizar modificaciones que permitieran el correcto aislamiento. Para poder dar respuesta a la demanda se indicaba la necesidad de construir dentro del mismo lote cuatro nuevos pabellones, una sala de observación para posibles enfermedades exóticas que evitara enviar directamente al paciente a la Casa de Aislamiento, una nueva administración, una nueva dirección, depósito fúnebre y una revisión general de los revestimientos para cambiar los pisos de ladrillo por pisos de mosaico, más higiénicos que los anteriores.

En relación a la Casa de Aislamiento el informe era categórico: “Lo que así se llama no responde a ninguna de las exigencias de la higiene (...) Se ha hecho una agrupación de casillas de madera, con paredes forradas de arpillera, pisos de tabla, sin medio alguno adecuado de desinfección y sin reunir ni siquiera las condiciones más necesarias al aislamiento de los diversos grupos de enfermos atacados de enfermedades contagiosas”.²⁷²

²⁷¹ Veronelli; Veronelli Correch (2004) : 245.

²⁷² Penna (1910): 169.

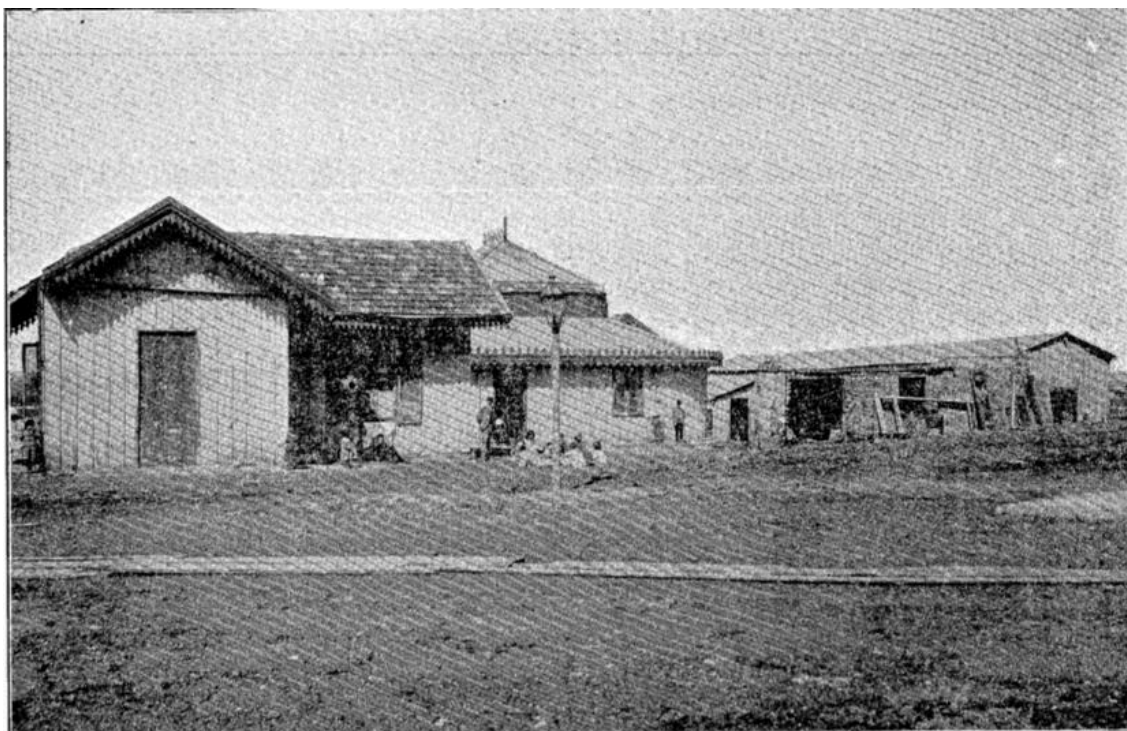


Figura 4.33: Pabellones existentes en la Casa de Aislamiento. Fuente: Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1898-1901).

Resulta interesante que al abordar la problemática de este establecimiento el informe de la comisión establecía postulados en un sentido más amplio. En efecto, sostenía que era importante evitar la entrada al país de las enfermedades infecciosas en los puertos, pero reconocía que también existía la circulación interna y enfermedades endémicas que requerían especial atención.

Para hacer frente a esta problemática era necesario implementar a nivel nacional el sistema de aislamiento y desinfección que era la “formula salvadora”.²⁷³ Para esto podía adoptarse como solución un único edificio que permitiera la separación de las distintas enfermedades en servicios diferenciados. Cada uno de estos servicios debía tener su personal e instrumental específico, a lo que se sumaba un sistema completo de desinfección para las personas y los objetos que pudieran estar contaminados que garantizara que lo que ha pasado por desinfección no se cruzara con personas o elementos que aún no lo habían hecho. Para ilustrar se adjuntaba un esquema “tipo” simple (**Figura 4.34**).

²⁷³ Penna (1910): 169.

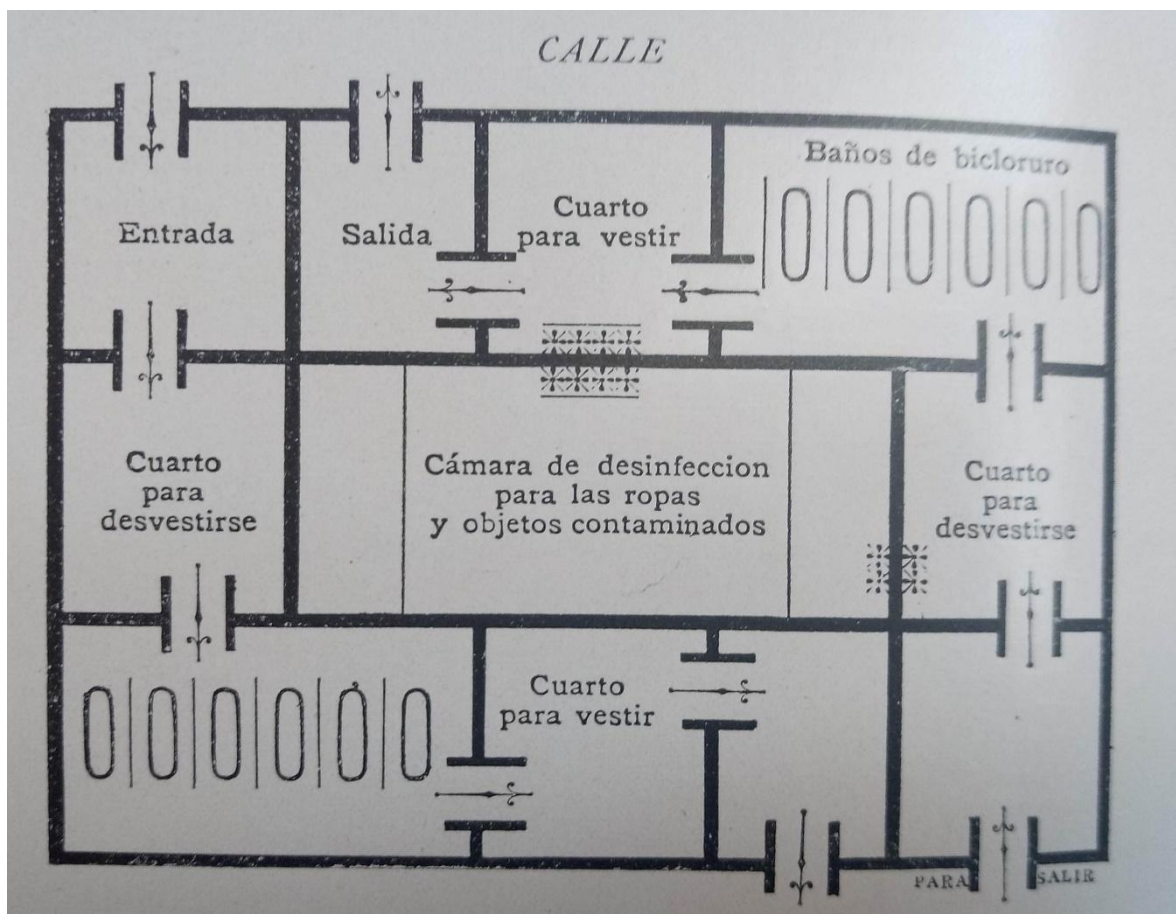


Figura 4.34: Penna, J. Esquema "tipo" de acceso a sector de aislamiento. Fuente: Penna (1910).

El esquema resultaba innovador comparado con las distribuciones que hemos visto previamente. Si bien la idea del aislamiento ya estaba presente aquí se incorpora la idea de circulaciones de "entrada" y "salida" diferenciadas, en función del sistema de desinfección. Ya habíamos mencionado el uso de distintos químicos para desinfectar embarcaciones y objetos sospechosos, pero en este caso esto es parte de un sistema racional y protocolizado dentro del proyecto arquitectónico. En capítulos subsiguientes veremos como el sistema de desinfección se volvió una parte fundamental de los proyectos de aislamiento, especialmente porque permitían acortar los tiempos de cuarentena. En efecto, se pensaba que mediante la desinfección ya no se debía esperar a que los vectores de la enfermedad perdieran eficacia, sino que se los podía atacar químicamente, neutralizándolos. Teóricamente la adopción de este procedimiento volvería a las cuarentenas innecesarias.

En el sistema estandarizado planteado por Penna la entrada y salida estaban definidas mediante accesos independientes. En ambos casos se establecía que la persona debe desvestirse en un cuarto para realizar un baño previo con bicloruro en el subsiguiente. Luego volvería a vestirse para ingresar a la zona de internación. A la inversa el recorrido era similar,

solo que la ropa que se había utilizado ingresaba a una cámara de desinfección y era devuelta luego de realizado el baño de bicloruro. Solo después de este procedimiento podía salirse nuevamente al medio urbano. Además de esta disposición el edificio debía contar con servicio de filtración de agua, considerando el riesgo de las enfermedades hídricas como el cólera.

Considerando las modificaciones que necesitaría la Casa de Aislamiento existente para cumplir con estos parámetros el listado de tareas prácticamente planteaba empezar desde cero. Fundamentalmente se necesitaba dejar de pensarlo como una instalación que se habilitaría provisoriamente solo en momentos de picos epidémicos -recordemos que Buschiazzo planteaba la demolición de las barracas-, para ser proyectado como parte de la infraestructura hospitalaria necesaria y permanente de la ciudad:

“(...) hospital de vida transitoria, según las ideas de los profanos que imperaban en el poder comunal, todo se había dispuesto para sofocar la epidemia reinante y nada más que para esto. Una vez terminada, el hospital debía cerrarse para ser abierto de nuevo allí o en cualquier otra parte, así que estallara otra epidemia, exactamente como se había procedido siempre y estaba en la práctica de nuestro sistema sanitario urbano: acordarse de la defensa cuando el peligro es inevitable, y jamás luchar para prevenirlo”.²⁷⁴

La descripción que realizó José Penna del establecimiento da cuenta la enorme distancia con lo que se necesitaba para unas instalaciones acordes. La obra en su conjunto carecía de muro de circunvalación que lo separara del exterior, no tenía botica, ni depósito fúnebre, sala de observación, baño, lavadero o habitaciones para los practicantes (**Figura 4.35**). Una vez llegado el establecimiento a su capacidad máxima se amplió utilizando la estructura metálica de un puesto de flores que existía en el Mercado Viejo.²⁷⁵ Durante la epidemia de cólera de 1886 se necesitó nuevamente mayor capacidad, por lo que se construyeron cuatro salas más.

Previamente habíamos mencionado que Alvear había comprado ese terreno de forma inconsulta y aparentemente sin una razón clara para ubicar dicho edificio allí. Continuando con nuestra hipótesis de un intento de agrupamiento de los programas contaminantes, podemos ver que dicha ubicación lograba concentrar en una zona de la ciudad varios programas de contención social. En este caso con los asilos de hombres y mujeres dementes, el de inválidos y el cementerio del sur. Podemos sumar proyectos inconclusos como el de Cárcel Correccional proyectada por Ernesto Aberg para el lote señalado en el plano como Plaza Inválidos, lugar donde originalmente se había buscado erigir la Penitenciaría de Buenos Aires. Poco tiempo

²⁷⁴ Penna (1910): 291.

²⁷⁵ Penna, J. (1910): 298.

después, en 1894, se instaló efectivamente la Cárcel de Menores frente al Cementerio del Sur. Sin embargo, en este caso como en la Casa de Aislamiento su funcionamiento hasta entrado el nuevo siglo se inició con instalaciones provisionarias.



Figura 4.35: Ubicación de la Casa de Aislamiento referida en el Plano como Lazareto Municipal. Fuente: Latzina, F. (1888) Plano de la ciudad de Buenos-Aires y de los partidos federalizados de San José de Flores y de Belgrano.

Otro proyecto más ambicioso, surgido también luego de la epidemia de cólera, puede mencionarse en este punto. Se trata de la propuesta de canal de circunvalación de los ingenieros Pablo Blot y Alfredo Ebelot de 1887 que rodeaba la capital y unía al Riachuelo con el Arroyo Maldonado. Dicho proyecto puede emparentarse con el proyecto de boulevard de Alvear de 1881, en tanto que planteaba el traslado de numerosos programas a las periferias de la ciudad.

En ese sentido vuelve a aparecer la idea de una ciudad de Buenos Aires concentrada y claramente delimitada. Los ingenieros proponían trasladar a las márgenes de dicho canal a las pequeñas y medianas industrias que en ese momento ocupaban edificios antiguos y antihigiénicos de los barrios centrales que, por su elevada renta, impedían que los propietarios los reemplazaran o al menos los higienizaran. Esto representaba una amenaza para la salud pública ya que ese tipo de edificios eran el medio más propicio para el desarrollo de las enfermedades infecciosas, como la peste bubónica que había encontrado en ese tipo de establecimientos un lugar para su propagación en el pasado. El traslado de las industrias desde La Boca y Barracas, que ofrecían terrenos bajos e insalubres, era fácilmente solucionado mediante esta nueva vía navegable de 15 km de extensión con facilidades para el estacionamiento y descarga de los buques de cabotaje (**Figura 4.36**).

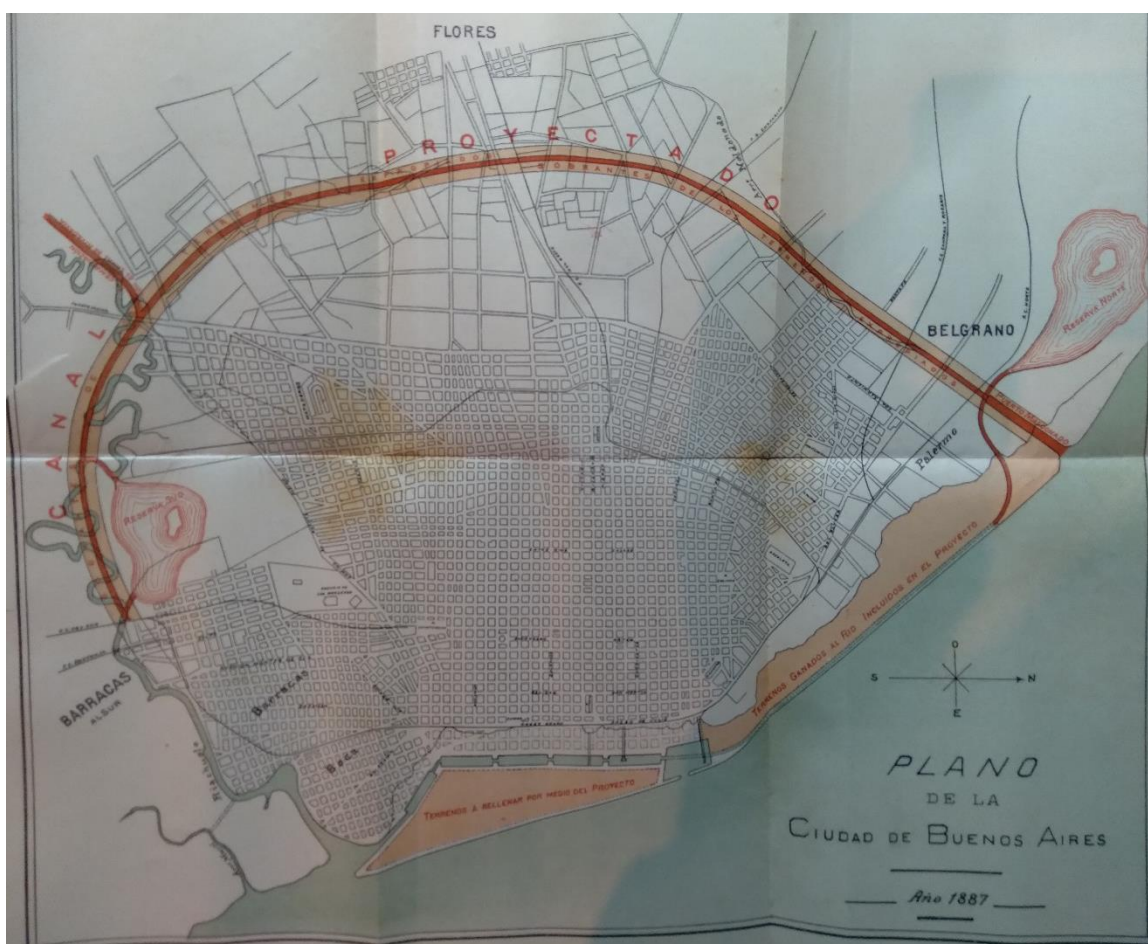


Figura 4.36: Blot, P.; Ebelot, A.: Proyecto de canal de circunvalación para la Ciudad de Buenos Aires. 1887. Fuente: Departamento Nacional de Higiene (1904).

Cada fábrica podría tener su muelle propio y ubicarse estratégicamente en relación con las vías del ferrocarril o con los puntos desde donde obtiene sus materias primas. La forma semicircular además ofrecía una distancia equidistante desde todos los puntos al centro de la ciudad, definido por la Plaza de Mayo. Así la ciudad se abastecería desde sus periferias hacia

adentro. Su principal referente era el canal Saint-Martin, inaugurado en Paris en 1825, que permitía obtener agua potable como también el traslado de mercaderías hacia el centro de la ciudad.

La solución al problema de la instalación de las fábricas no era la única ventaja de este proyecto, sino que ofrecía una segunda virtud que se vinculaba más fuertemente con la idea del boulevard de Alvear. Allí, afirmaban los ingenieros, se podrían instalar servicios municipales, nacionales u otros programas cuya ubicación actual representaban un peligro para la salud pública, como mataderos y mercados. En ese sentido sugerían la instalación de "(...) varios asilos de inmigrantes, evitando de este modo los peligros del hacinamiento sin complicar la inspección, la proveeduría, la conducción de equipajes."²⁷⁶

De esta manera, el proyecto de Blot y Ebelot solucionaba al mismo tiempo problemas económicos como también, y fundamentalmente, problemas de higiene urbana. El puerto de La Boca y el Riachuelo, el "Ganges argentino",²⁷⁷ eran considerados un foco peligroso de las enfermedades endémicas: "Todos los que han estudiado la constitución medica de la Boca del Riachuelo, declaran además que la fiebre tifoidea, la difteria y otras afecciones infecciosas, han sentido allí sus redes de un modo permanente suministrando a la mortalidad un contingente anormal y constituyendo una amenaza perpetua para la capital".²⁷⁸

Si el proyecto ya era ambicioso por lo que suponía la expropiación de tierras y la excavación del canal, a esto se sumaba la audaz idea del control de las mareas. El estudio de los ingenieros afirmaba que la velocidad de las aguas no era suficiente para lograr su saneamiento "automático". Esto se volvía crucial considerando el sistema de esclusas del futuro Puerto Madero, que podría provocar el estancamiento de aguas justo frente a la ciudad. Para solucionar este problema el proyecto proponía la vinculación con el Rio de las Conchas y la construcción de un dique en el valle del Riachuelo con el que se pudiera regular mediante válvulas la salida de agua. "(...) Este mecanismo hidráulico de una gran fuerza a la par que de una extrema sencillez ha de satisfacer al higienista más exigente, en cuanto a saneamiento de los tres puertos de Buenos Aires (considera el de Maldonado) y del canal de circunvalación que le sirve de lazo de unión".²⁷⁹ La propuesta se completaba con dos puertos de cabotaje ubicados en la boca del Riachuelo y del Maldonado respectivamente.²⁸⁰

²⁷⁶ *Departamento Nacional de Higiene* (1904): 330.

²⁷⁷ *Departamento Nacional de Higiene* (1904): 329.

²⁷⁸ *Departamento Nacional de Higiene* (1904): 331.

²⁷⁹ *Departamento Nacional de Higiene* (1904): 333.

²⁸⁰ Silvestri (2004):127.

Si bien este proyecto no fue construido, su planteo nos permite ver la persistencia de ciertas ideas sobre la organización urbana sanitaria propuestas por Alvear a principios de su gestión, como también al problema de la contaminación y posible foco infeccioso de las aguas, aspecto al cual nos dedicaremos en próximos apartados.

En este capítulo hemos abordado una serie de programas relacionados con la contención de enfermedades contagiosas relacionadas en mayor o menor grado con la inmigración. En ese sentido podemos destacar la generación de numerosos y ambiciosos programas y proyectos, acordes con las lógicas arquitectónicas del período, cuya locación estuvo atravesada por el impacto que podían llegar a tener en el medio urbano. Frecuentemente juzgadas como de un impacto negativo al igual que otros programas asilares, la tendencia fue su desplazamiento a sectores alejados, donde un posible foco de contagio no hiciera peligrar la salud de la población. Sin embargo, por diferentes razones dichos proyectos no eran iniciados o su construcción se dilataba en el tiempo enormemente, alterando la lógica de funcionamiento pensada para ellos y poniendo en crisis su posible efectividad para contener a las enfermedades contagiosas.

La función de estas instituciones era pensada como efímera por parte de la conducción política, que relegaba la inversión en estas infraestructuras a un lugar muy alejado en la lista de prioridades, en un contexto en el cual construir las grandes obras para la nueva capital ocupaba toda la atención. A pesar de esto, nuevas prácticas comenzaban a vincularse a una modernidad sanitaria en el manejo de enfermedades, como la cremación cadavérica y la desinfección, que progresivamente irán tomando un enorme protagonismo. En próximos capítulos veremos como el constante riesgo de epidemias permitió lentamente ir consolidando una estructura sanitaria permanente, con proyectos de cada vez mayor envergadura, necesarios para hacer frente al exponencial crecimiento de la ciudad.

CAPITULO 5

TRANSFORMACIONES DE LA PROFILAXIA A FINES DEL SIGLO XIX

“Es un hecho admitido hoy por todos los naturalistas que las fermentaciones, los fenómenos de putrefacción y aun las enfermedades infecciosas, son el resultado de la acción de los microbios o bacterios que pueblan el aire, el suelo o nuestras aguas de bebida”. Pedro Arata, Director de la Oficina Química Municipal, 1887.²⁸¹

En este capítulo veremos el inicio de un proceso de transformación de las cuarentenas tal cual las observamos previamente. En efecto, si hasta el momento la medida en sí consistía principalmente en el aislamiento de los casos sospechosos -fueran personas u objetos- por un tiempo determinado en un lugar definido a tal fin, en las últimas décadas del siglo XIX esto comenzó a cambiar dándole lugar a nuevas prácticas ligadas al avance del conocimiento científico, en especial de la bacteriología. Ya en el capítulo anterior habíamos observado una propuesta de José Penna para la Casa de Aislamiento, en la que la desinfección se planteaba como el método que permitía evitar la entrada o la salida de agentes patógenos del medio urbano al recinto hospitalario o viceversa.

La desinfección como práctica sanitaria mediante diferentes agentes químicos no era nueva y la hemos mencionado reiteradamente a lo largo de esta tesis, incluyendo el desarrollo de diversos artefactos en Europa, principalmente en Inglaterra y Francia. A nivel local se llevaba adelante como una práctica heredada, de generación en generación, sin tener demasiadas certezas sobre la acción real de un agente químico sobre las causas de las enfermedades. Pero a fines del siglo XIX, la bacteriología como parte de la microbiología comenzó a poder señalar con mayor precisión a aquellas especies bacterianas que provocaban algunas de las enfermedades más temidas y combatidas a nivel global, como por ejemplo el cólera. Este avance significó poder verificar con mayor precisión el efecto neutralizador de determinadas sustancias sobre esos agentes.

A pesar de esto, y como todo nuevo paradigma, la incorporación y transformación de esos saberes en medidas sanitarias concretas en la ciudad de Buenos Aires llevó un tiempo y debió enfrentar las resistencias del paradigma médico anterior. En este capítulo veremos esas

²⁸¹ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1887):291.*

resistencias en diferentes congresos sanitarios, a uno y otro lado del Atlántico, en los que también se introdujeron problemáticas políticas y económicas que excedían a la dimensión médica. Como ya hemos mencionado estos encuentros no tenían como objetivo llegar a acuerdos sobre la etiología de las enfermedades, sino que en muchos casos se planteaban como una vía para llegar a medidas comunes frente a las restricciones dispares implementadas por naciones económicamente conectadas y, a la vez, afectadas por fuertes brotes epidémicos regionales. En esos intercambios veremos cómo lentamente la desinfección fue ganando lugar como el medio científico que permitía mantener los intercambios en forma segura, aplicando un protocolo afín con la llegada de los barcos a puerto y evitando las delaciones que la cuarentena planteaba.

Progresivamente la aplicación de la desinfección se extendió más allá del área portuaria llegando a lazaretos, hospitales y a la vez definiendo nuevos programas arquitectónicos que no habían sido vistos en nuestro país y que se dieron en forma casi simultánea con importantes ciudades europeas. Según Engelmann y Lynteris las historias de la fumigación, desinfección, “desinfestación” y cuarentena convergieron a fines del siglo XIX en una única configuración que denominaron “utopía sulfúrica” (*sulphuric utopía*), entendida como el deseo de devolver el medio ambiente construido, afectado o infectado por una enfermedad, a un estado de pureza higiénica mediante un proceso de sanitización basado en la química.²⁸² Para estos autores, esa utopía tecnocientífica en nuestro país se corporizó a principios del siglo XX en la utilización del “Aparato Marot”, como instrumento técnico de desinfección urbana. Sostenemos que esa afirmación debe matizarse para el caso de Buenos Aires considerando limitaciones económicas y ciertas resistencias observadas ya a fines del siglo XIX.

A la vez, la dicotomía entre construir instalaciones provisorias o permanentes que hemos venido analizando para los edificios de aislamiento, también se hizo presente y representó una problemática en este campo. Más notoria ha sido la diferencia entre edificios proyectados y construidos que, si bien pueden dar cuenta de un impulso modernizador, claramente su permanencia en el papel determinó un límite en el desarrollo pleno del sistema sanitario en general y los servicios de desinfección.

En este capítulo y en el que sigue nos proponemos observar estos nuevos artefactos y programas arquitectónicos, prestando especial atención a las nuevas prácticas que suponían, las

²⁸² Engelmann; Lynteris (2020): X.

resistencias que manifestaron, sus lógicas de implantación y como estas contribuyeron a definir diferentes sectores urbanos de la ciudad de Buenos Aires.

5.1. Conferencias europeas y americanas. El avance de la bacteriología.

Concluimos el capítulo anterior abordando la epidemia de cólera de 1886 y las estrategias desplegadas para su contención. A diferencia de la epidemia de fiebre amarilla de 1871, este suceso tuvo menores consecuencias si consideramos el número de víctimas fatales, por lo cual no es tan recordado como parte de la historia de la ciudad de Buenos Aires. Aun así, podemos afirmar que esta epidemia tuvo repercusiones a diferentes escalas que resultan pertinentes para esta investigación.

Es posible situar esta epidemia dentro del quinto ciclo pandémico del cólera que, al igual que el cuarto, se presentó tanto en Europa como en América.²⁸³ A diferencia del anterior, cuya duración fue relativamente corta (1866-1868), este quinto ciclo se extendió durante más de una década (1881-1896) afectando a diferentes partes del globo.

En respuesta, dos conferencias sanitarias fueron organizadas a uno y otro lado del Atlántico para abordar esta problemática. En mayo de 1885 tuvo lugar la sexta Conferencia Sanitaria Internacional europea cuya sede en esta oportunidad fue la ciudad de Roma. El encuentro fue convocado por el gobierno italiano luego de la reaparición y propagación del cólera a partir de un brote en Egipto dos años antes.²⁸⁴ Equipos de investigación de Francia y Alemania fueron enviados allí para investigar las causas. Dentro del equipo alemán se encontraba Robert Koch, quien venía desarrollando diferentes estudios dentro del reciente campo de la bacteriología, tendientes a identificar y aislar los microorganismos causantes de diferentes enfermedades. Así pudo descubrir en 1882 la bacteria causante de la tuberculosis. Como parte de la comitiva alemana en Egipto realizó diversos estudios en animales y en cadáveres de fallecidos por cólera. Luego de que la epidemia mermara allí su investigación prosiguió en Calcuta, donde finalmente pudo aislar la bacteria que provocaba la enfermedad. Con estos hallazgos regresó a Berlín en 1884, donde sus teorías tuvieron una gran recepción y fue ampliamente condecorado por su investigación.²⁸⁵

²⁸³ Fiquepron (2020): 51.

²⁸⁴ Howard- Jones (1975):54.

²⁸⁵ La bacteria había sido aislada previamente por el anatomista Filippo Pacini en 1854 pero su trabajo no tuvo una gran recepción y su difusión fue muy limitada. Se presume que Robert Koch ignoraba la investigación de Paccini.

En la Conferencia Sanitaria Internacional de Roma, Koch fue elegido parte de la comitiva que representaría a Alemania, pero su participación durante el encuentro fue muy limitada. Fuera de su país su teoría sobre las causas del cólera era ampliamente discutida, lo cual reflejaba los límites en la aceptación de los preceptos teóricos de la bacteriología y del reciente campo de estudio de la microbiología como parte de la disciplina médica.

En la Conferencia Sanitaria de Roma se evitó deliberadamente discutir la naturaleza y la forma de transmisión del cólera, sobre las que no había acuerdo, especialmente por parte de los delegados de Gran Bretaña y de la India que se presentaron como naciones separadas a pesar del control británico sobre dicho territorio. Al igual que en conferencias anteriores, su principal preocupación era evitar los controles sanitarios que el resto de los participantes buscaban imponer a sus embarcaciones que atravesaban el Canal de Suez. En ese momento más del 70% de los barcos que atravesaban el canal eran británicos y en su mayoría provenían de Bombay, el puerto más importante de la India, de donde importaban algodón y lana.²⁸⁶ La aplicación de restricciones los afectaba sustancialmente. A pesar de esto, en la votación fue aprobada la propuesta que planteaba que, si durante la travesía por el canal se detectaban casos de cólera a bordo, se debería desembarcar a los pasajeros, aislarlos y separarlos en grupos para controlar la evolución de la enfermedad durante cinco días.

Nuevamente se trató de una conferencia en la que los acuerdos no fueron luego traducidos a normativa efectiva por los estados participantes. Gran Bretaña se negaba rotundamente a desembarcar pasajeros en los lazaretos egipcios, a los que calificaban de sucios y descuidados. La cuarentena de cinco días además representaba una pérdida casi total del tiempo ganado mediante el Canal de Suez, en el cual Gran Bretaña había invertido un gran capital.

Desde mediados de la década de 1870, la política sanitaria británica había prácticamente abolido las cuarentenas, aunque nunca las había puesto en práctica con el mismo rigor que el resto de los países del sur de Europa. Por el contrario, lo que en este punto ya se conocía como el *English System* consistía en recibir a todas las embarcaciones en sus puertos y aplicar una inspección exhaustiva, pudiendo enviar a los enfermos detectados al hospital y aislar solo a los casos sospechosos. Así, este sistema restaba importancia al puerto de origen de las embarcaciones y su estado sanitario, criterio fundamental en el sistema de cuarentena

²⁸⁶ Howard- Jones (1975): 56.

tradicional, y solo las retenía el tiempo que demandaba la inspección y la desinfección necesaria.²⁸⁷

A pesar de los avances de Robert Koch, las cuarentenas seguían siendo el mecanismo de prevención de entrada de las enfermedades aplicadas con menor o mayor rigor en las principales ciudades portuarias, aunque la intención general progresivamente iría inclinando la balanza hacia un sistema mixto, entre las cuarentenas y el *English System*. Además, el descubrimiento de las causas de la enfermedad no modificaba la necesidad de aislar a las personas contagiadas.²⁸⁸ En ese contexto, el Ministro de Relaciones Exteriores italiano planteó la necesidad de una comisión internacional para diseñar cuarentenas reguladas y estandarizadas ante la “anarquía de acuerdos cuarentenarios” en el Mediterráneo. El problema seguía siendo la discrecionalidad. El extremo rigor de unos estados frente a la flexibilidad de otros.

Al igual que la Conferencia de Roma de 1885, la Conferencia de Río de Janeiro de 1887 también surgió a partir de una epidemia de cólera. Como vimos en el capítulo anterior, la enfermedad alcanzó un importante número de casos en Buenos Aires, pero también en Montevideo se produjo un brote de similares proporciones. Frente a esto Brasil tomó la decisión el 13 de noviembre de 1886 de cerrar sus puertos a todos los barcos de la Argentina y de cualquier puerto en que se presentaran casos de cólera. En diciembre estableció cuarentenas obligatorias de 15 días en el lazareto de Ilha Grande para los navíos de Argentina y Uruguay.²⁸⁹ Esto tuvo un gran impacto en la economía de la región, en especial en lo que respecta a la exportación de carne de charque argentina y fundamentalmente uruguaya al Brasil, su principal consumidor que importaba entre el 62% y el 85% de lo que la República Oriental producía. Argentina por su parte había logrado diversificar los productos que exportaba, incorporando a la creciente industria lanera la exportación de carne bovina a Europa mediante nuevos barcos frigoríficos. El impacto de las restricciones de Brasil en el balance de la economía argentina era importante, aunque menor.

Tan relevante era el tema que se definió una comisión específica, compuesta por dos médicos brasileños y un farmacéutico uruguayo, para estudiar si la carne de charque era efectivamente un posible vehículo transmisor del cólera. Se sospechaba además que, detrás de las restricciones, había una intención proteccionista por parte del Imperio de su propio mercado

²⁸⁷ Bonastra Tolos (2018):21.; Baldwin (1999):27.

²⁸⁸ Harrison (2012): 172.

²⁸⁹ Lima Chaves (2009):126.

interno, en especial de la producción de charque de Rio Grande do Sul, que era de menor calidad que la platense y resultaba beneficiada con la eliminación de la competencia.²⁹⁰

Le correspondió a una nueva gestión del DNH iniciar los diálogos para un nuevo encuentro internacional entre los tres países de manera de generar acuerdos y permitir así la continuidad de los intercambios. Cabe destacar que la repartición partía de una posición debilitada, consecuencia de su actuación durante la epidemia de cólera. En marzo de 1887 se designó a la AP como el organismo a cargo de dictar las medidas convenientes para evitar la introducción y propagación de epidemias, dejando al DNH en el rol de “asesor técnico”, acentuando aún más el solapamiento entre ambas autoridades sanitarias. La figura de su director, Pedro Pardo, había quedado demasiado expuesta, por lo que fue desplazado de su cargo y reemplazado por el reconocido médico Juan Bautista Gil a mediados de 1887.

Durante esa transición, la autoridad sanitaria local debía resolver el problema que significaban las medidas de cierre adoptadas por Brasil, las cuales afectaban negativamente los planes de captación de inmigración implementadas tanto por Argentina y Uruguay. Ante el riesgo de arribar a ciudades donde estaba presente una enfermedad epidémica los inmigrantes podían tender a optar por las ciudades brasileñas como su destino final.

Las restricciones recién comenzaron a alivianarse en marzo de 1887 cuando la delegación brasileña en Buenos Aires informó al Ministro dos Negocios Estrangeiros de Brasil que la epidemia había concluido y que se expedirían patentes limpias a los barcos que salieran de puertos argentinos. Esto redujo las cuarentenas a 8 días, pero la medida que impedía la importación de carne platense continuaba vigente.

Este evento nos permite introducirnos en las primeras “experiencias bacteriológicas” en la región, que tuvieron vistas de definir conflictos en materia sanitaria internacional. Y es que, ante la negativa de Brasil de levantar la suspensión, el farmacéutico uruguayo José Arechavaleta inició una investigación sobre la carne de charque en el recientemente inaugurado laboratorio bacteriológico de la Facultad de Medicina de Montevideo, creado por él. Con importantes conexiones con las asociaciones rurales del Uruguay, Arechavaleta realizó dos experiencias sobre la carne de charque, rociándola con caldo que contenía el *bacillus vírgula* descubierto por Koch. Arechavaleta concluyó que la carne no ofrecía un ambiente propicio para la multiplicación y propagación del bacilo por tratarse de un medio orgánico ácido.²⁹¹

²⁹⁰ Lima Chaves (2009):126.

²⁹¹ Lima Chaves (2009) :145.

Estas conclusiones fueron parcialmente aceptadas en Brasil. Por un lado, el representante de la Academia Imperial de Medicina, Joao Batista Lacerda, se volcaba a aceptar esos hallazgos como válidos. Pero el Inspector de Salud de Puertos, Nuno de Andrade, quien había propuesto el cierre a la importación de carne platense, se basaba en las investigaciones de Koch para afirmar que, contrariamente a la hipótesis de Arechavaleta, los cultivos de *bacillus vírgula* hallaban en un medio orgánico ácido el ambiente propicio para su multiplicación. Además, fuera de esta diferencia particular, Lacerda reconocía que no estaba totalmente comprobado que dicha bacteria fuera la causante del cólera. Como vemos las mismas dudas sobre la etiología de la enfermedad estaban presentes a uno y otro lado del Atlántico. Las medidas restrictivas fueron finalmente levantadas en julio de 1887 pero el conflicto diplomático fue tal que la problemática fue retomada en noviembre, durante la Convención Sanitaria Internacional.

Para comprender la postura argentina durante ese encuentro, resulta pertinente observar previamente el *Informe sobre Lazaretos y Hospitales de Aislamiento*, realizado por Bartolomé Novaro como miembro de la Comisión Sanitaria Nacional y publicado en mayo de 1887. Para estas fechas, Novaro ya era un reconocido profesional que en 1883 ejerció la presidencia del Círculo Médico Argentino y era frecuente columnista en su publicación oficial, los *Anales del Círculo Médico Argentino*. Además, a partir de 1884 fue Profesor Titular de Medicina Operatoria y en 1890 sería elegido diputado por la Capital Federal.²⁹² En su informe, publicado en los *Anales* antes mencionados, Novaro bregaba por la adopción urgente de medidas de higiene frente a la invasión repetida de enfermedades exóticas y transmisibles. Dichas medidas, sin embargo, estaban:

“(...) fundadas en gran parte sobre los hechos de la bacteriología, así como sobre pacientes, estadísticas y numerosas observaciones hechas en distintos puntos del globo (...)” y “(...) no consisten en la clausura absoluta de los puertos para los buques infestados o procedentes de los países infestados, ni en la suspensión completa de toda comunicación entre las localidades inmunes y las contaminadas”.²⁹³

Aseguraba Novaro que un país civilizado no debía tener leyes tan inhumanas que abandonaran a los pasajeros y tripulantes de un buque o que encerraran a los habitantes de una localidad azotada. Esas leyes eran contrarias a la dignidad del hombre, su libertad y el progreso individual y social. Como alternativa el médico proponía un sistema conceptualmente similar al

²⁹² <http://www.fmv-uba.org.ar/galeria-de-profesores/profesores.asp>

²⁹³ *Anales del Círculo Médico Argentino* (1887): 171.

English System que consistía en “(...) aislar a los atacados de una enfermedad contagiosa, a los que ya se han expuesto al contagio, y en la desinfección de todo lo que puede servir de vehículo a los gérmenes contagiosos”.²⁹⁴ Novaro afirmaba justamente que era Inglaterra la que podía ofrecernos más enseñanzas en esta materia aunque sus condiciones naturales, en especial su clima frío y su condición de aislamiento, dificultaban el poder trasladar su experiencia a nuestras latitudes. Por lo tanto, debíamos poder desarrollar un sistema de reglas más acorde a nuestro territorio, procurando resolver aislamiento y desinfección en tres espacios diferentes: los puertos, la capital y las provincias.²⁹⁵

En lo referido a los puertos, la propuesta continuaba favoreciendo la instalación de lazaretos en islas ubicados a una distancia necesaria o, en caso contrario, sustituirlos por lazaretos flotantes construidos a tal fin y ubicados aguas abajo de las ciudades a las cuales sirvieran. Aquellos puertos nacionales conectados con Europa, pero con un movimiento limitado, como La Plata, Campana, San Nicolás o Rosario deberían tener dos buques, uno destinado a lazareto flotante de observación/desinfección y otro destinado a hospital. Los puertos de mayor importancia como el de Buenos Aires debían hacerse de instalaciones sanitarias a gran escala, sin reparar en gastos, considerando lo que una epidemia suponía para la ciudad. En este caso particular, el informe recomendaba que el puerto de la capital afectara para lazaretos a un hospital flotante dividido en varias salas y a la isla Martín García.

En el primer caso se sugería como modelo el vapor de doble casco *Castalia*, hospital flotante adquirido y adaptado por el *Metropolitan Asylum Board* en julio de 1884 para servir como hospital de variolosos graves en el puerto de Londres luego de dos brotes epidémicos, uno sucedido en 1870 y otro en 1880 (**Figura 5.1**). Dicha adaptación consistió en la remoción de ambos motores y las paletas, lo que permitió dividir al hospital en dos partes con cinco salas cada una, siendo aquellas construidas sobre la cubierta las más fácilmente aislables. En total el *Castalia* tenía capacidad para 150 camas para pacientes mujeres, 80 en el denominado *Lower Hospital* y 70 en el *Upper Hospital*.

El *Castalia* era el tercero de tres barcos adquiridos por las autoridades sanitarias londinenses, siendo los primeros dos el *Atlas* y el *Endymion*. El primero de ellos tenía una capacidad para 200 pacientes hombres, mientras que el *Endymion* era utilizado con fines administrativos. Las tres embarcaciones estaban vinculadas entre sí por puentes y configuraban

²⁹⁴ *Anales del Círculo Médico Argentino* (1887): 173.

²⁹⁵ *Anales del Círculo Médico Argentino* (1887): 174.

una “unidad hospitalaria” ubicada cerca de Long Reach, a unos 25 kilómetros del London Bridge. Un equipamiento de servicios fue construido en la costa tiempo después (**Figura 5.2**).

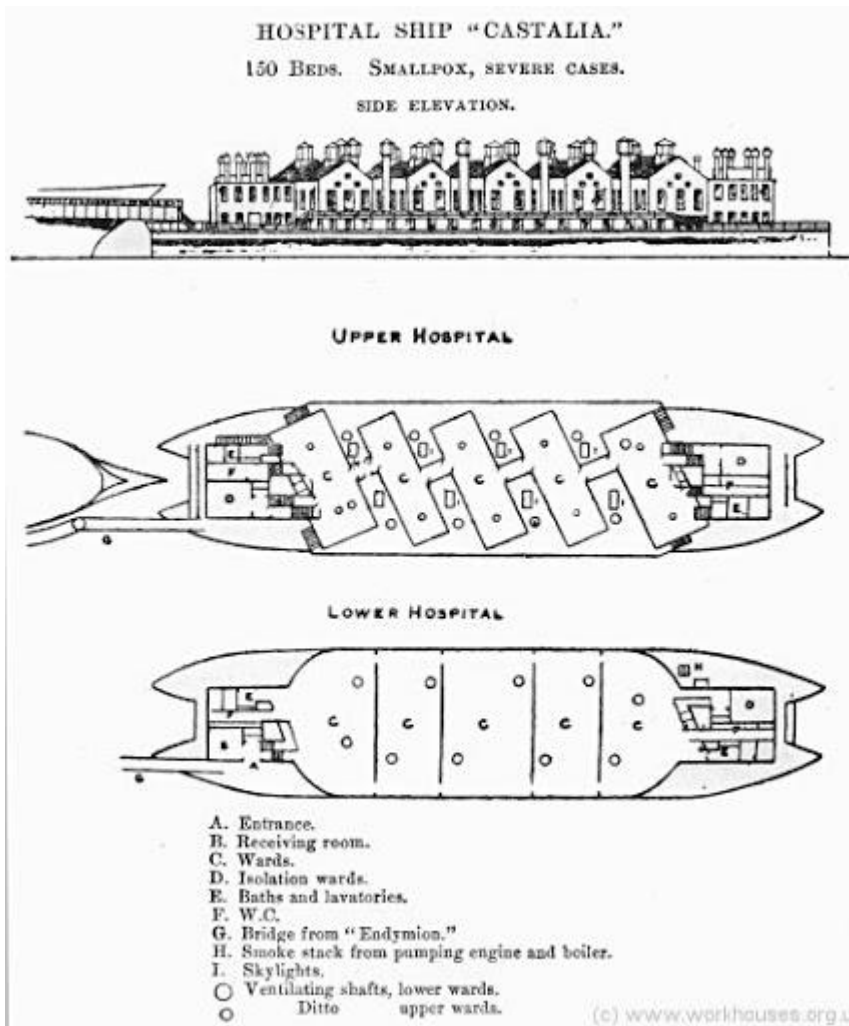


Figura 5.1: Esquema del Hospital Flotante “Castalia”. Fuente: Higginbotham.²⁹⁶

²⁹⁶ <http://www.workhouses.org.uk/MAB-HospitalShips/>

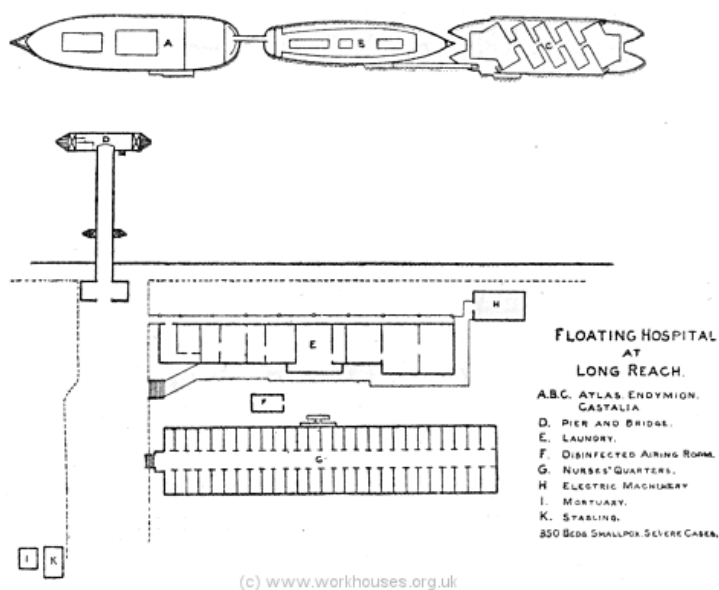


Figura 5.2: Esquema de hospitales flotantes en Long Reach. Fuente: Higginbotham. 297

La ubicación de este tipo de instalaciones no era un tema menor. Así como en el caso del lazareto de la Ensenada, las embarcaciones londinenses también fueron resistidas por los vecinos más próximos que temían un nuevo brote de la enfermedad. Por ese motivo, la propuesta de Novaro recomendaba el uso de madera lisa, pintada y barnizada para facilitar la limpieza y desinfección. Los caños de las letrinas y las aguas servidas debían descargar a un depósito que sería sometido a ebullición antes de ser arrojadas al río, en especial si hubiera enfermos de cólera a bordo.

En cuanto a la isla Martín García, el informe la reconocía como el único paraje con el que contaba la ciudad de Buenos Aires para erigir su lazareto fijo. Sus dimensiones permitían construir varios pabellones aislados, muchos de los cuales ya estaban en obra y podrían destinarse a hospitales de infecciosos. Lo que resultaba imperioso era la construcción de un departamento para la desinfección de los viajeros y el personal, que podía seguir un esquema tipo (**Figura 5.3**):

Básicamente la idea consistía en que, luego del desembarco, los pasajeros ingresarían al edificio donde tendrían una primera pieza para desnudarse, pasarían luego a un corredor que los comunicaría con los cuartos de baño, para los cuales se había preparado una solución desinfectante a base de ácido fenico o bicloruro de mercurio. Terminado el baño se dirigirían a un corredor, análogo al anterior pero aislado del sector sucio y finalmente a una habitación para volver a vestirse donde encontrarían sus ropas ya previamente desinfectadas. Dicho proceso ocurriría en un espacio conceptualmente similar al que hemos mencionado (**Figura 5.4**).

²⁹⁷ <http://www.workhouses.org.uk/MAB-HospitalShips/>

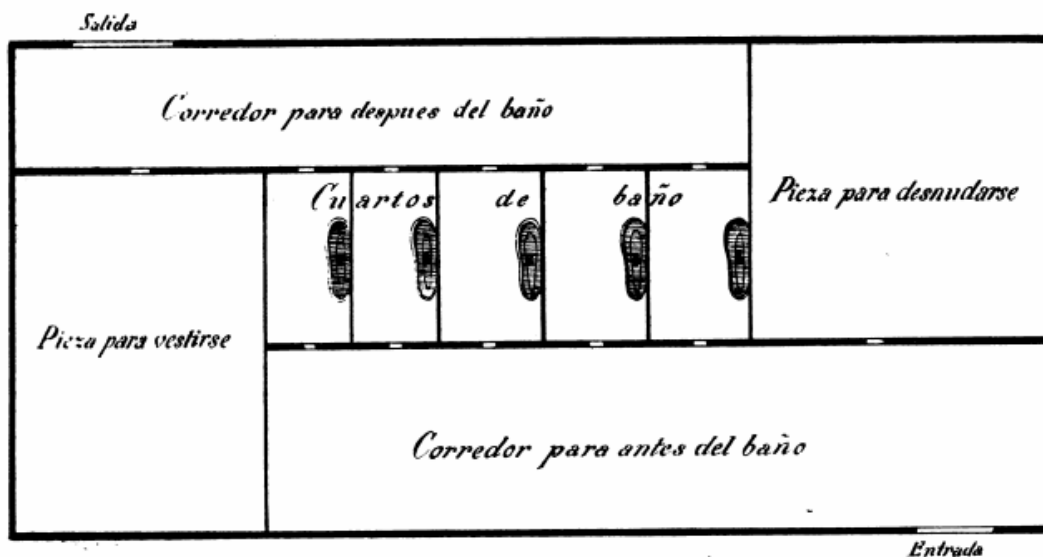


Figura 5.3: Esquema de departamento de desinfección para pasajeros del lazareto de Martín García. Fuente: *Anales del Círculo Médico Argentino* (1887): 179.

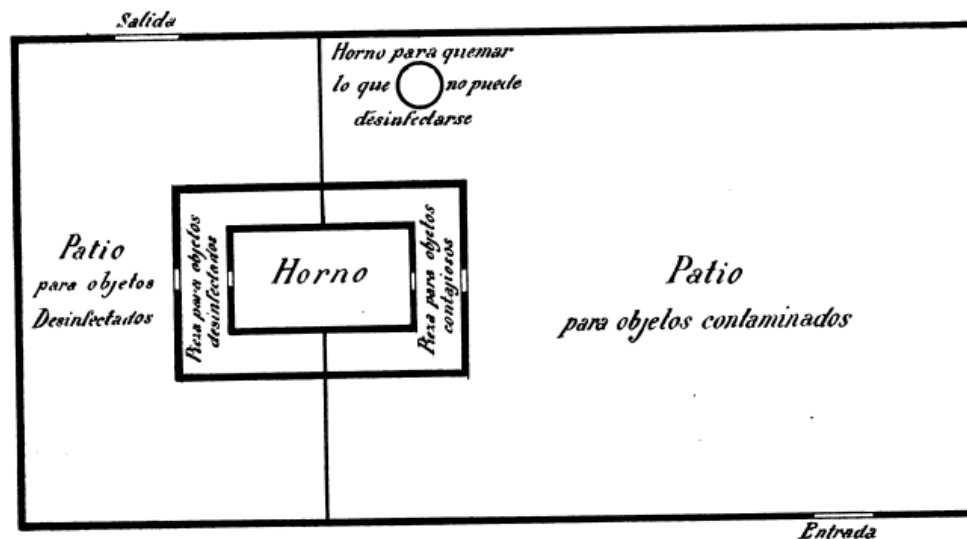


Figura 5.4: Esquema de departamento de desinfección para pasajeros del lazareto de Martín García. Fuente: *Anales del Círculo Médico Argentino* (1887): 180.

Nuevamente se planteaban dos accesos independientes. El ingreso se vincularía con un primer patio para objetos contaminados donde se encontraría un horno de aire seco que se utilizaría para desinfectar los objetos, los cuales pasarían a un segundo patio donde se irían acumulando aquellos bienes ya esterilizados. En este primer patio también podría haber un segundo horno para quemar lo que no pudiera desinfectarse. Este sistema ya había sido puesto a prueba en Europa, no solo en Inglaterra, sino también en distintos establecimientos de Munich, Berlín y Bélgica entre otros.²⁹⁸

²⁹⁸ *Anales del Círculo Médico Argentino* (1887): 179.

El trabajo de Novaro retomaba la idea ya planteada en capítulos anteriores de erigir un nuevo lazareto cercano al puerto de Bahía Blanca, estableciéndolo concretamente en la isla Zoraita, también conocida como Trinidad, la cual se destacaba por sobre las otras islas cercanas por sus generosas dimensiones y sus condiciones geográficas, aunque era necesario realizar trabajos de balizamiento para evitar que las embarcaciones quedaran varadas en los bancos de arena próximos. Si estas obras se realizaran las instalaciones de Martín García podrían ser reconfiguradas como lazareto de observación, siendo este nuevo establecimiento en Bahía Blanca el lazareto de rigor. Finalmente, el informe volvía a resaltar todas las ventajas que podría ofrecer un lazareto internacional administrado junto con el Uruguay en la Isla de Flores, pero juzgando todos los antecedentes infructuosos no había grandes esperanzas en que esa empresa pudiera concretarse.

Cabía la posibilidad aun de que estas medidas de profilaxis no fueran efectivas, o que una enfermedad endémica recrudeciera en la ciudad, por lo que era necesario que Buenos Aires tuviera “hospitales a la moderna”, no solo para el tratamiento de las enfermedades importables (fiebre amarilla y cólera), sino también para las consideradas locales (viruela, escarlatina, sarampión, difteria y tuberculosis).

En estos hospitales debía darse el aislamiento colectivo, sin temor de creer que la aglomeración de un gran número de enfermos de un mismo mal necesariamente podía generar un foco de infección que luego se propagaría a los alrededores. Debía combatirse esta imagen de las casas de aislamiento como lugares donde “(...) la sociedad arroja inhumanamente a los enfermos para desembarazarse más pronto de ellos.”²⁹⁹ Para afirmar esto se tomaba como evidencia el caso de Mendoza, que en la última epidemia de cólera debió transformar en lazareto su hospital que se encontraba en un barrio céntrico de la ciudad, sin que se registraran contagios en las proximidades debido a este cambio de funciones.³⁰⁰ Siempre que las condiciones lo permitieran se debía optar por tener un hospital especial destinado a cada enfermedad contagiosa transmisible, ubicados en la periferia de la ciudad o lejos de ella. Si esto no fuera posible se debía seguir los ejemplos de los *Fever Hospitals* de Londres o Glasgow, de tipo pabellonal, que permitían fácilmente el aislamiento y sectorización del conjunto hospitalario según fuera necesario (**Figura 5.5**).

²⁹⁹ *Anales del Círculo Médico Argentino* (1887): 190.

³⁰⁰ *Anales del Círculo Médico Argentino* (1887): 187.



Figura 5.5: Planta de conjunto del Hospital Belvidere de Glasgow, aprox. en 1882. Fuente: Richardson (2016).³⁰¹

También en estos establecimientos la desinfección jugaría un rol central, debiendo realizarla tanto a los enfermos, sus ropas y al personal general; de manera de transformar los hospitales de aislamiento en “focos de desinfección de la enfermedad contagiosa”.³⁰²

Novaro iba más allá y sugería que la ciudad de Buenos Aires debía instalar establecimientos públicos de desinfección, situados convenientemente al alcance de toda la población. Las medidas de profilaxia, sostenía el médico, “(...) deben ser como grandes filtros que dejan pasar, más o menos libremente, al hombre y a todo lo que se refiere a las necesidades de su existencia, pero que retienen en cuanto es posible lo que parece más peligroso en las proveniencias y el medio que lo acompañan.”³⁰³ Por eso era importante que las provincias también contaran con los beneficios de este sistema, equipándose con departamentos de desinfección y hospitales de aislamiento, que podrían estar próximos a la vías férreas, con el fin de que los pasajeros provenientes de localidades donde estuviera presente alguna enfermedad, pudieran hacer una corta cuarentena mientras sus ropas y pertenencias fueran desinfectadas.

Aunque durante gran parte del año el hospital estuviera vacío esto no debería ser visto como una mala inversión, sino como una muestra de la eficacia del sistema si es que este permitía aislar rápidamente los primeros casos de una enfermedad en dichas instalaciones sanitarias. Así, desaconsejaba el uso de hospitales provisorios adaptados en casas particulares (hemos visto varios ejemplos en capítulos previos), ya que si la epidemia aumentara en gravedad

³⁰¹ <https://historic-hospitals.com/2016/07/26/belvidere-hospital/>

³⁰² *Anales del Círculo Médico Argentino* (1887): 188.

³⁰³ *Anales del Círculo Médico Argentino* (1887): 195.

ese tipo de instalaciones no permitía un aislamiento sectorizado entre enfermos en observación, leves y graves.

Como vemos la propuesta de Novaro abordaba varias de las problemáticas que hemos mencionado a lo largo de este trabajo. Si bien su finalidad era claramente diferente a la que perseguía la Convención Sanitaria Internacional, algunas de sus propuestas también abordaban la escala regional y una cuestión crucial, la prosecución o no de las cuarentenas como estrategia sanitaria. En su lugar, la desinfección aparecía como elemento fundamental para esta nueva etapa de la profilaxia en todas las escalas: portuaria, urbana y regional. Veamos ahora si un rol semejante le fue asignado durante el encuentro entre Brasil, Uruguay y Argentina, que finalmente era el espacio donde, si se llegaba a consensos, se redactaría un Reglamento Sanitario Internacional.

Nuevamente los tres países debieron elegir a sus representantes. La comitiva brasileña seleccionó a Barão de Goripe, ministro de Negocios Extranjeros y a los médicos Nuno de Andrade, Joao Batista de Lacerda y Francisco Marques de Araujo Goes; es decir a los dos médicos protagonistas del conflicto sobre la carne de charque y uno de los participantes del Convención Sanitaria anterior. De los tres Lacerda y Araujo Goes eran los que más se habían incorporado al campo de la microbiología y publicaban frecuentemente los resultados de sus investigaciones en revistas especializadas. Uruguay por su parte eligió a Carlos María Ramírez, ministro plenipotenciario, al ya mencionado José Arechavaleta y al médico Elias Regules, ambos profesores de la Facultad de Medicina de Montevideo y con un desempeño destacado durante la reciente epidemia de cólera. Finalmente, la delegación argentina se componía por el ministro plenipotenciario Henrique B. Moreno, y los médicos José María Astigueta, quien se encontraba a cargo de la AP, y Telémaco Susini, que había realizado estudios en Europa junto a Luis Pasteur y Robert Koch. Ambos eran profesores, en este caso de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Susini se desempeñaba en la reciente cátedra de Bacteriología y era director del Instituto Bacteriológico fundado en 1886, el cual estaba encargado del diagnóstico en los casos de enfermedades epidémicas y endémicas, de asesorar a los médicos de sección y a las clínicas de los hospitales examinando los productos patológicos y de realizar estudios higiénicos sobre el agua.³⁰⁴ Según el censo de la ciudad correspondiente al año 1887, allí se realizaban experimentos en búsqueda del bacilo de Koch en deposiciones, pozos de la ribera, charcos y pantanos; además

³⁰⁴ *Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1887):199.*

de análisis de distintos preparados desinfectantes y cultivos con vacunas anti-carbuncosas del Dr. Pasteur.³⁰⁵

A diferencia del encuentro anterior, y en sintonía con la de Roma, se formaron dos comisiones: la comisión técnica, que estaría compuesta por los profesionales médicos, y la comisión político-diplomática, en la que participarían los ministros. La primera se encargaba de elaborar las propuestas para el nuevo Reglamento Sanitario, pasando luego a la segunda comisión que introducía modificaciones y eventualmente aprobaba los diferentes artículos. Se buscaba así evitar la dinámica de la convención anterior en que los aspectos médicos se entrecruzaban constantemente con los de la política exterior, llevando a largas discusiones que terminaban sin acuerdo.

Iniciados los encuentros el 1 de octubre de 1887 se pasó a la lectura del reglamento firmado en Montevideo, reconociendo su valor, pero admitiendo también su carácter obsoleto, considerando los avances logrados en el campo de la medicina desde ese momento y los debates ocurridos en las conferencias europeas. Como sucedió en Roma, las cuarentenas también fueron mantenidas por la conferencia americana, a pesar de que algunos profesionales afirmaban que con los avances en bacteriología su función, y la de los lazaretos, quedaba anulada. Los miembros de la comisión técnica sin embargo optaban por seguir apuntando a evitar la entrada de las enfermedades al territorio, por lo que mantenían las cuarentenas en sus dos formas, observación y rigor, pero en plazos de tiempo relativamente más cortos – 8 días para el cólera, 10 para la fiebre amarilla y 20 para la peste.

En cuanto a la exportación de carne del Plata, la comisión técnica decidió realizar pruebas en el laboratorio de fisiología de Museu Nacional, fundado en 1880 y dirigido por Lacerda desde 1886. Esto representaba una diferencia fundamental con respecto a la convención anterior. En lugar de discutir únicamente en el campo teórico, en este caso el espacio de debate se trasladó al laboratorio para saldar las diferencias a través de la experimentación directa y conjunta. En paralelo se encargó a los laboratorios de Montevideo y de la AP de Buenos Aires que realizaran las mismas pruebas para tener ratificar los resultados externamente. El gobierno uruguayo, el más interesado en reactivar la exportación libre, le encomendó la misma tarea al laboratorio de Robert Koch en Berlín. Todas estas experiencias dieron el mismo resultado, la carne no oficiaba como vehículo para la transmisión del cólera, lo cual permitiría retomar los intercambios con libertad.³⁰⁶

³⁰⁵ El carbunco o *bacillus anthracis* era el bacilo causante del ántrax. *Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1887)*:199.

³⁰⁶ Lima Chaves (2009): 184.

Este evento significaba un reconocimiento para las instituciones sudamericanas que habían obtenido los mismos resultados que el que consideraban el laboratorio más avanzado de Europa. La experiencia valía además para asentar la confianza entre los estados participantes. Convalidar la metodología empleada por los respectivos laboratorios permitiría a futuro confiar en los resultados obtenidos de nuevas investigaciones particulares.

La comisión no logró los mismos avances al tratar el tema de la fiebre amarilla. A diferencia del origen del cólera, para el cual existía la hipótesis de Koch, el agente de transmisión de la fiebre amarilla no había sido precisado. El propio Lacerda había aventurado años atrás que la enfermedad era causada por un “fito-organismo” que ingresaba al cuerpo a través de los alimentos o la bebida, pero su hipótesis fue desestimada en 1883 por un laboratorio francés.³⁰⁷ Ante esta incertidumbre continuaron prevaleciendo las teorías miasmáticas y contagionistas, resolviendo la comisión que las ropas y objetos pertenecientes a enfermos de fiebre amarilla podían servir de vehículos de contagio. Asimismo, los cadáveres y excreciones podían contaminar el medio por lo cual el agua, la comida y el aire se volvían vectores de contagio. La causa de la fiebre amarilla continuaría siendo un problema al cual no se le encontraba una solución concluyente en este fin de siglo y durante la primera década del posterior.

A pesar de estas diferencias, había un cierto consenso en que el cólera, la fiebre amarilla y la peste de Oriente podía transmitirse mediante el contacto con ciertos objetos y que la mejor manera de prevenirlos era mediante un proceso de desinfección determinado. Ya hemos visto la práctica de la fumigación con el mismo fin, para lo que se utilizaban distintas sustancias como el azufre, el cloro o vapores nitrosos. Como hemos dicho, su aplicación radicaba más en procedimientos empíricos que se transmitían de generación en generación que en pruebas concretas de que determinada sustancia era realmente eficaz frente a los vectores de contagio de una enfermedad específica. La forma rudimentaria de aplicación además no lograba sanear plenamente los lugares infectados.³⁰⁸ Como sostenía José Penna, “(...) actuaban más bien sobre la imaginación amedrentada del pueblo que sobre los agentes patógenos que las determinaban”.³⁰⁹

En el caso del cólera se utilizó como modelo nuevamente a la conferencia italiana donde se definió que las ropas, trapos y todos los objetos que hubieran tenido contacto con un enfermo, incluyendo las cajas o baúles de guardado eran susceptibles de transmitir la enfermedad. Los metales, cereales, carnes, frutas y cueros no se consideraban como vectores,

³⁰⁷ Lima Chaves (2009):187

³⁰⁸ Álvarez (1999):311.

³⁰⁹ Penna (1910):142.

lo cual era sumamente beneficioso considerando su lugar central en el desarrollo de la economía ligada a la exportación.

Para la desinfección de los objetos se debía utilizar calor húmedo mediante una estufa de vapor apropiada, cuyo modelo sería elegido por la autoridad sanitaria. Luego debían ser aireados para favorecer su desecación lo que suponían que provocaba la muerte del agente mórbido. Finalmente se señalaba el uso de agentes químicos cuya eficacia haya sido comprobada experimentalmente. En ese sentido la comisión "(...) rechazaba por inútiles e inconvenientes la práctica de fumigaciones de ácido sulfuroso, consideradas hasta hace poco tiempo, como medio de desinfección seguro y muy comúnmente empleadas".³¹⁰ A pesar de esto, seguían sosteniendo a la fumigación para el caso de la fiebre amarilla por la ausencia de un vector de contagio definido.

En relación con los lazaretos, la convención seguía afirmando la conveniencia de fundar lazaretos fijos en islas. A estos se sumaban lazaretos y hospitales flotantes en caso de epidemia que permitieran aislar los casos de enfermedades exóticas. Todas las instalaciones debían contar con estufas de desinfección por vapor de agua que se utilizarían en el momento de entrada de los cuarentenarios a las respectivas instalaciones. Los tres Estados se comprometían a convalidar las cuarentenas definidas por los otros, como así también a no recurrir a la clausura de puertos ni al rechazo de los navíos, cualquiera fuera su estado sanitario.³¹¹ El reglamento también obligaba a las embarcaciones a contar con estufa de desinfección por vapor de agua y de los equipos de desinfección necesarios.

Un último aspecto para destacar de esta convención fue la propuesta de crear un Cuerpo de Inspectores Sanitarios de Navío, que se embarcarían junto a la tripulación y supervisarían las acciones destinadas a preservar la salud de los pasajeros, llevar un registro de los eventos sucedidos durante el viaje y reportarlas a la autoridad del puerto de destino. Con esta figura se buscaba subsanar los casos en que el médico de a bordo no actuara de buena fe y ocultara deliberadamente los casos sospechosos. A diferencia de estos últimos los inspectores respondían a los Estados, no a las empresas de navegación.

Contrario a lo que había sucedido al final de la Convención Sanitaria de 1873, el Reglamento Sanitario de 1887 fue ratificado por los gobiernos de los tres países y puesto en práctica al año siguiente, en 1888. Los congresos europeos recién lograrían un resultado similar

³¹⁰ Lima Chaves (2009):190

³¹¹ Reglamento Sanitario Internacional correspondiente al año 1887. Archivo Histórico de la Cancillería. AH0033.

en 1892, luego del encuentro de Venecia, al que nos referiremos más adelante. Se tomó la decisión de abrir la posibilidad de que otros países de la región pudieran sumarse a la aplicación del reglamento, lo cual facilitaría el comercio y evitaría contratiempos. Esta oportunidad solo fue aprovechada por el gobierno de Paraguay, cuya economía estaba fuertemente vinculada a circuito comercial luso-platense.

La figura del inspector sanitario de navío generó conflictos con varios países europeos. En efecto, los gobiernos de Francia, Italia, Alemania y Gran Bretaña enviaron sucesivas correspondencias a las respectivas autoridades locales, argumentando que las atribuciones del inspector violaban la soberanía de esos países sobre su marina mercante.³¹² Los representantes de los tres gobiernos volvieron a reunirse en 1888 para evaluar estos reclamos, pero lejos de ceder terreno reafirmaron su decisión frente a los argumentos europeos. El DNH sugirió además que el cargo de cónsul en el exterior fuera ocupado por inspectores sanitarios de navío, con el fin de obtener información fidedigna sobre la marcha de las enfermedades infecciosas. El primero de ellos fue el doctor Manuel Berdier, radicado en Rio de Janeiro.³¹³

Con la aprobación final por parte de los tres gobiernos, por decreto en el caso de Brasil y como proyecto de ley aprobado por las cámaras por parte de Uruguay y Argentina, el Reglamento obtuvo un reconocimiento definitivo frente a las demás potencias como la primera legislación internacional sanitaria americana.

5.2. La desinfección urbana

Como vimos, la práctica de la desinfección comenzó a tomar un mayor protagonismo para la prevención de la entrada de las enfermedades en el territorio, debiendo equiparse barcos, hospitales y lazaretos con estufas de desinfección a vapor de agua. Para poder dimensionar su real alcance es necesario abordar la escala urbana y arquitectónica, donde también adquirió una gran importancia. Como señalaba Penna "(...) el advenimiento de la doctrina bacteriana en la génesis de las enfermedades infecciosas ilustró a la ciencia sobre el verdadero valor de los microbios patógenos y sobre la importancia de la esterilización".³¹⁴

En 1888, un año después del Congreso Sanitario, comenzó a funcionar en Buenos Aires un servicio de desinfección dependiente de la AP, que se componía de seis cuadrillas, cada una contando con un capataz, tres peones y un cochero. Este servicio era esencial como complemento de la ordenanza municipal posterior a la última epidemia de cólera que

³¹² Lima Chaves (2009): 222.

³¹³ Departamento Nacional de Higiene (1913):49.

³¹⁴ Penna (1910):144.

determinaba la declaración obligatoria de las enfermedades infecciosas. Promulgada el 30 de junio 1887, esta ordenanza obligaba a los ciudadanos y a los médicos a notificar a las autoridades sobre los casos positivos.³¹⁵ Era otro avance en función de un proyecto de ataque científico de las enfermedades infecciosas, a la que podemos sumar también la sanción de la vacunación obligatoria contra la viruela en diciembre de 1886.³¹⁶

La implementación de esta reglamentación no estuvo libre de conflictos que se dieron nuevamente entre autoridades municipales y nacionales. En 1891 la Intendencia había actuado directamente ante una denuncia de fiebre amarilla, sin dar conocimiento al DNH, que había cambiado de dirección hace un año tras la renuncia del Dr. Gil. Ante un pedido de explicaciones, el intendente afirmó que la misma invadía los fueros del régimen municipal y además era contraria a los preceptos de la higiene profiláctica, que demandaba una acción temprana sobre un posible foco infeccioso. El nuevo presidente del DNH, Guillermo Udaondo, elaboró un informe en el que afirma que en todas las legislaciones sanitarias europeas se establecía que la intervención de la autoridad sanitaria nacional debía darse antes que la municipal. Udaondo pedía autorización para redactar una ley general de salud pública, y que en el mientras tanto se le otorgara al DNH la potestad de asumir el gobierno sanitario del municipio ante caso de enfermedad pestilencial exótica.

Este pedido claramente era una respuesta a los constantes recortes de atribuciones que venía sufriendo el DNH hace tiempo. Ya un año antes uno de sus vocales, el Dr. Podestá, denunciaba que mientras que en otros países del mundo instituciones como el DNH eran elevadas casi al rango de un Ministerio de Salud Pública, en la Argentina era notable la falta de injerencia que tenía en todos los temas que forzosamente debían ser de su competencia.³¹⁷

El proyecto de ley general de salud pública fue redactado, pero no fue trabajado en el Congreso.³¹⁸ La ley orgánica del DNH que fue sancionada ese mismo año inclusive le restaba poder. Allí se establecía que el mismo sería el asesor legal del Poder Ejecutivo, de sus dependencias y de todos los gobiernos de provincia que lo requirieran. La intervención del DNH quedaba así a voluntad de los gobiernos locales.

Si bien la declaración de enfermedades resultaba obligatoria, la desinfección no lo fue hasta agosto de 1892 cuando finalmente fue tratado el proyecto de ley, luego de reiterados pedidos del gobierno municipal. Dicha sanción se dio en el marco de un cambio institucional

³¹⁵ *Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1890-1892)*: 268.

³¹⁶ *Departamento Nacional de Higiene (1891)*: 75.

³¹⁷ Veronelli; Veronelli Correch (2004) : 248.

³¹⁸ Veronelli; Veronelli Correch (2004) : 295.

importante en la autoridad sanitaria de la capital. En marzo de ese mismo año, Emilio Coni asumió la dirección de la AP, en reemplazo del Dr. Eugenio Ramírez. Su balance al iniciar sus funciones nos permite observar que, no solo el DNH tenía problemas en su organización general. Coni consideraba a la AP como un enfermo grave que necesitaba constante atención por lo que mudo su residencia a la sede de la repartición.³¹⁹

Un aspecto interesante de este cambio de gestión residía en que Coni tenía un vínculo estrecho con el DNH. En efecto, desde el año anterior, llevaba adelante la Oficina Demográfica del Departamento Nacional de Higiene. Udaondo, amigo cercano de Coni, además le había encargado a él y a Guillermo Arata la publicación de los *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, que en sus primeros números incluyó cifras estadísticas de la AP. Este periodo de buenas relaciones fue breve, y solo duró por los 13 meses de gestión de Coni al frente del organismo. Cuando Miguel Cané asumió la Intendencia Municipal el médico presentó su renuncia, aunque continuó sus trabajos sobre higiene urbana poco tiempo después, en 1896, cuando proyectó planes de saneamiento para Mendoza y Corrientes.

Resulta interesante señalar que relación imaginó y comenzó a delinear Coni entre la autoridad sanitaria municipal y nacional durante su breve pero intensa gestión. En su plan presentado al Intendente se mencionaba que no era posible aplicar a la capital ninguno de los sistemas sanitarios extranjeros que ha estudiado, los cuales incluían el *Comité Consultatif d'Hygiène publique y Bureau d'Hygiène* de Francia, el *Local Board of Health* de Inglaterra, el *Bureau d'Hygiène* de Bruselas, la oficina sanitaria imperial Alemana, el *Consiglio Superiori di Sanita* y oficinas de higiene de Italia, entre otras; sino tomar de cada uno de estos sistemas lo que fuera aplicable a las costumbres locales y la constitución política.³²⁰ Reconocía Coni que no existía "(...) ley alguna que deslinde de una manera clara las atribuciones y deberes de dicho departamento con relación a la dirección de la AP".³²¹ Como hemos mencionado, ya desde el inicio las atribuciones aparecían solapadas. El médico imaginaba entonces una relación similar a la que existía entre las autoridades sanitarias británicas, el *Local Government Board* y *Local Board of Health*, es decir la autoridad sanitaria central y la autoridad sanitaria local. Y para eso planteaba una separación de funciones:

"Ante las exigencias de la salud pública constantemente amenazada durante varios meses del año por la fiebre amarilla brasilera, no puede haber discusiones ni cuestiones de etiqueta o amor propio entre autoridades sanitarias destinadas a marchar en perfecta armonía,

³¹⁹ Veronelli; Veronelli Correch (2004) : 295.

³²⁰ Veronelli; Veronelli Correch (2004) :297.

³²¹ Veronelli; Veronelli Correch (2004) :297.

porque la una ejerce su acción principal sobre la policía sanitaria marítima y la otra la ejerce ampliamente sobre multitud de cuestiones de higiene urbana”.³²²

En esa afirmación, que el aseguraba estaba compartida con Udaondo, aparecía un límite algo más preciso entre el campo de acción de cada autoridad. El DNH se suscribiría únicamente a lo referido a la cuestión marítima, mientras que la AP se ocuparía de la dimensión urbana. Este carácter parecía reforzarse con la propuesta de Coni de renombrar a la autoridad municipal como “Administración Sanitaria y Asistencia Pública” (en adelante ASyAP), lo cual le daba atribuciones sobre todo lo referido a la higiene del municipio, la asistencia domiciliaria y hospitalaria.

Así se creó la Inspección Técnica de Higiene a cargo de Carlos Malbrán en el mes de julio. Como dependencia centralizadora recibía todas las declaraciones de enfermedades contagiosas y disponía la realización de las desinfecciones necesarias, que fueron legalmente obligatorias un mes después. A partir de su sanción se establecía que, ante casos de cólera, fiebre amarilla, viruela, difteria, escarlatina, fiebre tifoidea, sarampión o fibrosis pulmonar, este servicio se dirigía al domicilio para efectuar su desinfección mediante el quemado de azufre en las habitaciones y lavado de paredes y pisos con una solución de bicloruro de mercurio. Según un informe publicado en el primer número de los *Anales del Departamento Nacional de Higiene* en 1891, también deberían desinfectarse a las personas, pero esto no se hacía por falta de medios y porque “nadie quiere prestarse a ella”.³²³ Finalizado el procedimiento en las habitaciones se retiraban los objetos y ropas del enfermo para realizar la desinfección en la Casa de Aislamiento, que era el único local que contaba con una estufa *Schimmel*, en referencia a la fábrica de Oscar Schimmel en Alemania.

Originalmente dedicado a la fabricación de máquinas para hilar algodón, Schimmel desarrolló una maquina lavadora que permitía un estado de higiene uniforme, ya sea calentando los textiles o hirviendo el líquido de lavado. Su invento fue utilizado en hospitales, cuarteles, prisiones y empresas privadas, lo que le permitió ampliar su producción a todas las máquinas relacionadas al lavado industrial y abrir más de 1.000 lavanderías en Alemania y en el extranjero.³²⁴

³²² Veronelli; Veronelli Correch (2004) :297.

³²³ *Departamento Nacional de Higiene* (1891): 81.

³²⁴ Scholz (2005).

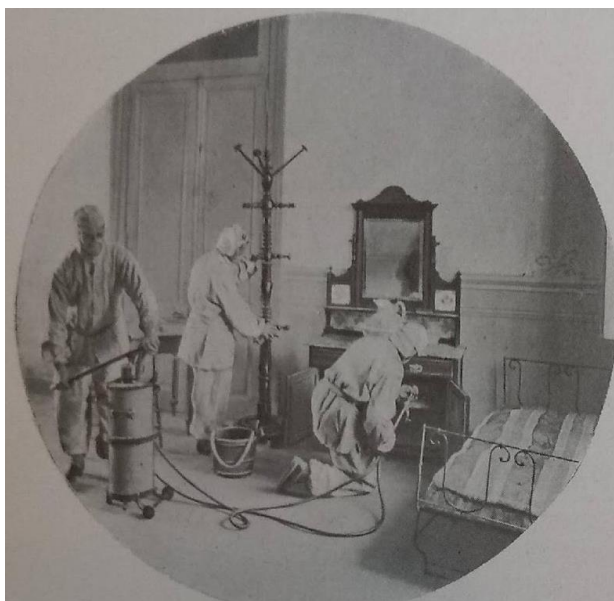


Figura 5.6: Desinfección de una habitación.
Fuente Penna (1910):232.

Además de tener una estufa *Schimmel* la Casa de Aislamiento era el único establecimiento que contaba con un horno para la cremación cadavérica, práctica que había iniciado con la reciente epidemia de cólera, y que luego fue obligatoria para los cadáveres de los hospitales y los no reclamados. Este servicio fue el único de la ciudad hasta 1903 cuando fue reemplazado por el templo crematorio del Cementerio de la Chacarita, construido en 1899.³²⁵ Para los traslados de objetos y ropas el servicio contaba con dos ambulancias cerradas y una “chata”, aunque para acceder a las zonas más alejadas de la ciudad debía realizarse a caballo por el estado material de los caminos.

El servicio lentamente se fue ampliando mediante la construcción de Estaciones de Desinfección. La iniciativa fue originalmente publicada en 1887 en la *Revista Medico Quirúrgica* por Emilio Coni,³²⁶ quien sugería la instalación de dos establecimientos públicos de desinfección, uno ubicado al norte y otro al sur de la ciudad, siguiendo los modelos que habían comenzado a funcionar recientemente en Londres, Berlín (noviembre de 1886), París (propuestos en 1887) y Bruselas. El Intendente Municipal, Dr. Crespo tomó la propuesta y ordenó a la Oficina de Obras Públicas la confección de los respectivos planos. En 1892 finalmente se inauguró la Estación Norte de Desinfección diseñada por el ingeniero municipal Giovanni María Cagnoni, profesional italiano formado en Buenos Aires,³²⁷ según los planos de su análoga en Berlín, la cual había

³²⁵ Penna (1910): 299. *Revista Caras y Caretas*, (1899, 28 de octubre). Año II, N°56.

³²⁶ *Departamento Nacional de Higiene* (1891): 83.

³²⁷ Ave; De Menna (2011):65. La trayectoria de Giovanni María Cagnoni no ha sido abordada en profundidad por la historiografía de la disciplina. Asignamos su título de ingeniero municipal basándonos en un informe sobre el nuevo Teatro Colón en el que aparece con este cargo. Se hace referencia a él en el *Registro Oficial de la República Argentina* (1893) (segundo semestre):24.

recibido elogios por parte de higienistas y médicos franceses.³²⁸ Con dicha apertura la Casa de Aislamiento ya no recibió ropas del municipio para desinfección.

Esta primera estación se ubicaba en la manzana comprendida por las calles Pueyrredón, Las Heras, Melo y Larrea. **(Figura 5.7)** Retomando nuestra hipótesis sobre el intento de agrupar aquellos programas contaminantes cabe destacar la proximidad con el Cementerio de la Recoleta, el Asilo de Mendigos y su cercanía con el Hospital de Mujeres y la Penitenciaría Nacional. Asimismo, en la manzana contigua donde antes funcionaba el Matadero del Norte, Francesco Tamburini había proyectado una Cárcel Correccional a partir de un encargo del Departamento de Ingenieros de 1887 que finalmente no fue concretado.³²⁹



Figura. 5.7: Ubicación de la Estación Norte de Desinfección (rojo). Se señala también el proyecto de Cárcel Correccional de Francesco Tamburini. Fuente: Ludwig, P. (1892). *Plano de la Ciudad de Buenos Aires y distrito federal*.

Con la sanción de la desinfección obligatoria se incorporaron 8 cuadrillas provistas de pulverizadores *Geneste-Herscher* y dos ambulancias, una pintada de rojo que trasladaba las ropas infectadas y otra de azul para su entrega luego de la desinfección. *Geneste-Herscher & Cía* fue una empresa radicada en París dedicada a la fabricación de maquinarias para ventilación, desinfección y calefacción. Sus productos incluían pulverizadores portátiles como el mencionado y también vehículos para desinfección urbana, de donde probablemente se haya tomado la idea de la señalización.

La coordinación general estaba a cargo del Director Técnico Jaime R. Costa, joven médico de 32 años, que contaba además con un Administrador de la Estación y dos Inspectores como personal estable.³³⁰ Entre 1888 y 1892 se procedió a la desinfección de 14.068 casas, con las respectivas ropas y objetos siendo trasladados para su desinfección a la Estación de Desinfección Norte, que continuaría siendo la única hasta que se logró terminar la Estación de

³²⁸ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1889): 74.

³²⁹ Ruiz Díaz (2018):78.

³³⁰ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1890-1892): 269.

Desinfección Sur (**Figura 5.8**). Las cifras correspondientes a desinfecciones realizadas comenzaron a publicarse periódicamente en los *Anales del Departamento Nacional de Higiene* desde su primer número de 1891 dando cuenta del número de casas particulares y de inquilinato desinfectadas, con el número de habitaciones correspondiente en cada caso.

Profundizaremos ahora en el proyecto de la estación. Según Jaime Costa, “el propósito que ha dirigido la construcción de todos estos establecimientos es el de establecer una incomunicación absoluta de personal, vehículos, depósitos, etc., entre la sección contaminada y la sección limpia”.³³¹ Esta intención puede verse con claridad en la disposición de la planta del edificio. El planteo resulta prácticamente simétrico y establece dos secciones divididas casi completamente una de la otra, excepto por dos puntos, uno cercano al acceso de la calle Melo, y el otro en la sección de estufas donde las ropas y los objetos desinfectados pasaban de un lado al otro. Así el acceso “sucio” y la salida “limpia” se hacían por las calles Larrea y Pueyrredón respectivamente, sin contacto alguno entre sí. En ambos sectores se establecía un gran patio de carga/descarga donde los empleados cubiertos con trajes protectores pasaban la carga a depósitos y luego a las estufas de desinfección. Del otro lado el procedimiento era a la inversa.

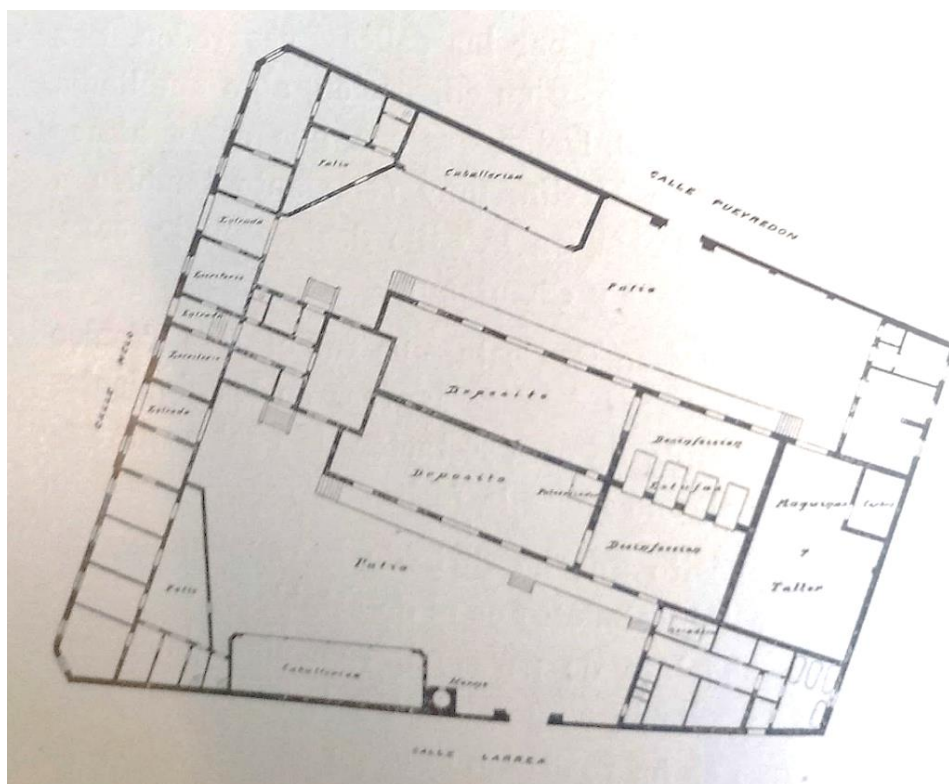


Figura 5.8: Plano de la Estación Norte de Desinfección. El acceso sucio se ubicaba sobre la calle Larrea (abajo en la imagen) y el limpio sobre la calle Pueyrredón (arriba). Fuente: Penna (1910): 214.

³³¹ Penna (1910): 213.

Una diferencia entre ambos sectores radicaba en un horno de cremación, ubicado en la sección sucia y destinado a los objetos contaminados que no podían recuperarse como también a los residuos que se producían en este sector del edificio. Otra diferencia era el área de baños, también ubicada en la sección sucia, donde los empleados del sector y los cocheros debían desinfectarse antes de salir. Las ropas que habían utilizado, así como los vehículos también eran desinfectados.

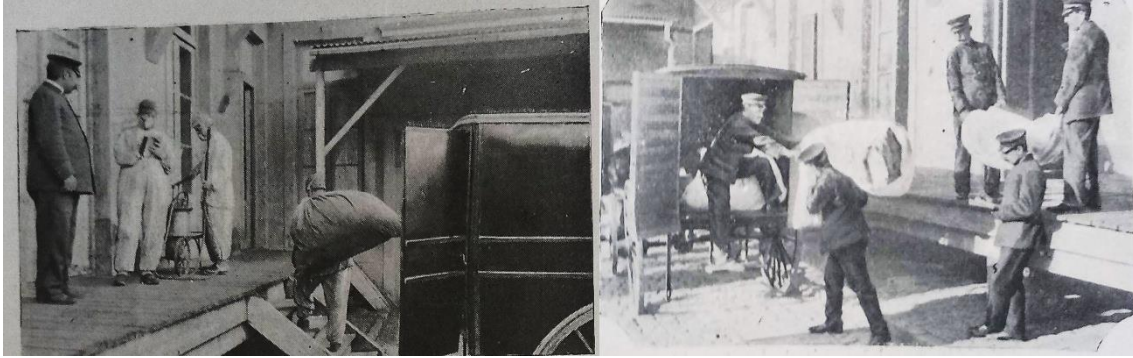


Figura 5.9: Estación Norte de Desinfección. A la izquierda entrada de objetos y ropas sucias. A la derecha, salida luego de la desinfección. Fuente: Penna (1910): 214.

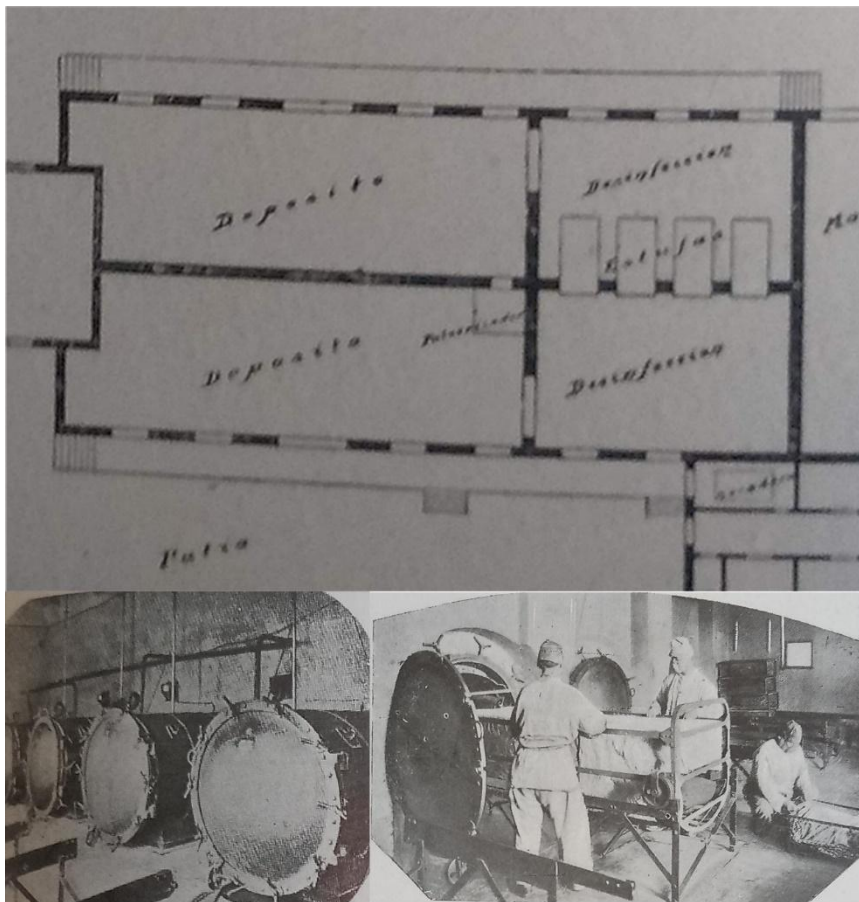


Figura 5.10: Plano de la Estación Norte de Desinfección, sección de las estufas. Abajo a la izquierda sector limpio, abajo a la derecha sector sucio. Fuente: Penna (1910): 214.

El establecimiento también contaba con un taller que permitía la reparación de los vehículos y las bombas *Geneste-Herscher* que, según Costa, se dañaban permanentemente por el efecto del bicloruro de mercurio en las partes metálicas. Esto logró resolverse recubriendo las bombas interiormente con una mezcla de alquitrán y arena; reemplazando también las boquillas de bronce por ebonita, aumentando así su vida útil.³³² Sumado a esto se formó una Escuela de Desinfectadores también a cargo de Costa. En 1894 se establecieron la Estación Sur, en la calle Comercio 1586, y la Estación Central, ubicada en la calle Esmeralda 66. En ambas había únicamente cuadrillas de guardia y depósitos.³³³ Al año siguiente se sumó al servicio una estufa móvil *Leblanc*.

En la *Memoria Municipal* del bienio 1893-1894 se afirmaba que “este servicio tan benéfico para el estado sanitario de la población ha tenido y tiene que luchar con las resistencias de una parte del público, que debía interesarse en facilitarlo.”³³⁴ Cabe aquí aclarar que el servicio comenzó siendo gratuito, pero luego se estableció un arancel que no todos querían pagar y que de todas formas resultaba deficitario para el municipio en relación con los costos generales del procedimiento. En ese sentido había serias dudas sobre volver a la gratuidad, que había sido abandonada a partir de que algunos dueños solicitaran que se les desinfectara toda la casa con lo cual el servicio no daba abasto, o imponer un arancel más alto, que podía generar que un mayor número de personas no desinfectara el domicilio y los objetos para no pagar el costo. Europa ofrecía ejemplos de ambas posibilidades, en París el servicio era gratuito mientras que en Berlín tenía un costo acorde que permitía mantener la actividad.³³⁵ Aun así este nuevo programa sirvió como modelo en la región y fue visitado por los directores de establecimientos análogos proyectados para las ciudades de La Plata, Montevideo y Santiago de Chile.³³⁶

Las estaciones de desinfección no eran la única tipología presente en Europa que se quería incorporar al medio urbano vinculada a la esterilización. Ya desde principios de la década de 1880 se produjeron pedidos para la instalación de lavaderos públicos en la ciudad, que pudieran reemplazar la práctica del lavado de ropas tal cual se la conocía, por primitiva y antihigiénica.³³⁷ Finalmente, en 1887 la Municipalidad aprobó la concesión a una empresa particular, propiedad del señor Juan Plá, para la construcción de 12 lavaderos públicos bajo el nombre *Compañía Anónima Lavaderos públicos de la Capital*.³³⁸ Con esto se buscaba sustituir

³³² Penna (1910): 217.

³³³ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1893-1894): 92.

³³⁴ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1893-1894): XXXIII.

³³⁵ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1893-1894): 97.

³³⁶ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1893-1894): 93.

³³⁷ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1881): 372.

³³⁸ *Departamento Nacional de Higiene* (1901): 407.

definitivamente el trabajo de las lavanderas que se dirigían diariamente al río para el lavado de ropas, lo cual era común hasta épocas recientes, pero en el contexto de sucesivas epidemias era visto como algo peligroso:

“No se puede continuar por más tiempo con el espectáculo sucio y peligroso de que la ropa se lavase en los pozos próximos al río, en aguas que muchas veces no se renovaban en una semana, mezclándose la ropa de las personas sanas con aquellas de gente atacada de enfermedades contagiosas”.³³⁹ Además, las obras del puerto Madero en la zona sur de la ciudad no hacían más que sumar al estancamiento del agua en ese sector. Los lavaderos públicos vendrían a reemplazar esta práctica, que ya había sido prohibida en el sector norte por una ordenanza, incorporando la tecnología de las estufas de desinfección y secadores a vapor que, si bien disminuía la duración de las ropas, garantizaba las condiciones de higiene.³⁴⁰

En principio lograron construirse seis establecimientos, de los que se conservan las direcciones de los ubicados en Estados Unidos y Pichincha, French y Centroamérica, Montevideo 1923, otro sobre la calle Solís y otro sobre Brasil. En principio las lavanderas se rehusaron a utilizarlos a pesar de que, según las autoridades, tenían mayores comodidades, estaban resguardadas de la intemperie y contaban con escuelas para sus hijos. Las familias contratantes tampoco obligaban a sus lavanderas a realizar sus tareas en esos establecimientos, por lo que la empresa concesionaria no pudo sostener la actividad. De los seis lavaderos construidos, dos fueron cerrados, mientras que los otros cuatro fueron adquiridos por el municipio en 1892.³⁴¹ A diferencia del lavado en el río, práctica ya arraigada, el uso de los lavaderos públicos tenía un costo que se sumaba al deterioro de las ropas por el uso de los agentes químicos necesarios para la desinfección. Las prendas adquirían un color amarillento que luego pasaba a tostado al secarse. Según las autoridades con la mejora de los procedimientos esto se volvía imperceptible.³⁴²

A pesar de esto, para 1899 la revista *Caras y Caretas* ya prácticamente daba por abolida la práctica de las lavanderas en la ciudad de Buenos Aires, tal cual se conocía desde antaño y que configuraba “(...) uno de sus rasgos típicos de su fisonomía y quizás el más pintoresco (...) El progreso, la fiebre amarilla y la difteria, el cólera y hasta la peste bubónica han hecho desaparecer las viejas costumbres coloniales.”³⁴³ El mismo artículo periodístico consignaba el

³³⁹ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1889): 71.

³⁴⁰ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1889): 371.

³⁴¹ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1889): 372.

³⁴² *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1893-1894): 95.

³⁴³ *Revista Caras y Caretas*, (1899, 28 de octubre). Año II, N°56, 22.

funcionamiento de tres lavaderos municipales, siendo el principal el de la calle French y Centro América, del cual ofrecía numerosas fotografías (**Figura 5.11**).



Figura 5.11: Ubicación del Lavadero Público localizado en French y Centro América (amarillo) y la Estación Norte de Desinfección (rojo). Se señala también el proyecto de Cárcel Correccional de Francesco Tamburini. Fuente: Ludwig (1892).

Los tres establecimientos contaban con 128 piletas de lavado que se alquilaban a 50 centavos por semana y que nunca estaban vacantes. La tarifa había sufrido una reducción -antes costaba 2 pesos semanales- con el fin de fomentar la concurrencia de las lavanderas y favorecer la higiene de la ciudad. Esto se lograba mediante la separación interna de los lavaderos, que contaba con un departamento de lavado, otro de secado y finalmente el de tendido. Así no había riesgo de “(...) contacto las de un cliente (se refiere a las ropas) con las de otro, y suprimido en absoluto el perjuicio para la salud, proveniente de aquellas mezcolanzas en que un solo ciudadano podía impunemente poner en circulación algunos millares de microbios pestosos e infeccionar con ellos media población.”³⁴⁴



Figura 5.12: Departamento de lavado del lavadero municipal ubicado en French y Centro América. Fuente: Revista *Caras y Caretas* (28 de octubre de 1899). Año II, 56, 22.

³⁴⁴ Revista *Caras y Caretas* (28 de octubre de 1899). Año II, 56, 24.

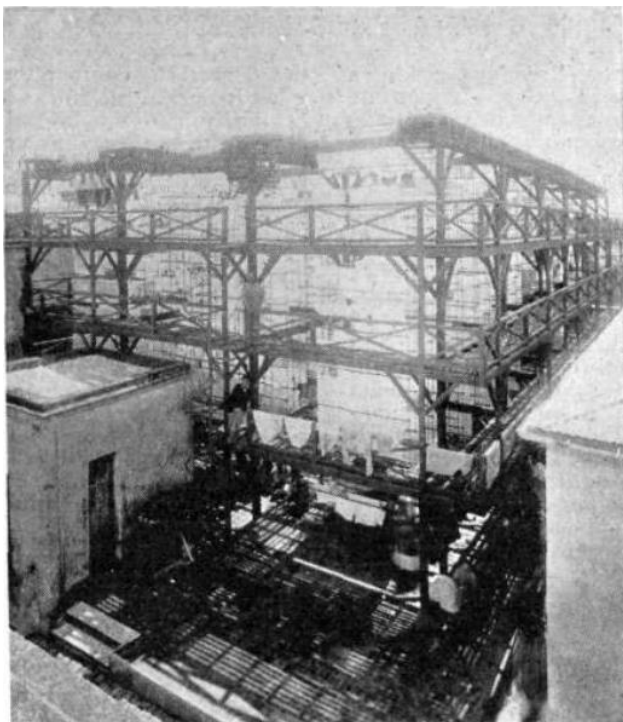


Figura 5.13: Departamento de tendido del lavadero municipal ubicado en French y Centro América. Fuente: Revista *Caras y Caretas* (28 de octubre de 1899). Año II, 56, 22.

Como contrapunto con este artículo, un estudio posterior realizado en 1901 por el Departamento Nacional de Higiene daba cuenta de las formas incorrectas de uso de los lavaderos, afirmando que las lavanderas habían llevado allí su “(...) habito inveterado de lavar pronto, golpear mucho, usar a mansalva las sustancias químicas y amparar en su ignorancia el germen de la enfermedad, oculto a su mirada, pero vivo, tangible, real, al concepto científico.”³⁴⁵ Este informe daba cuenta de los establecimientos existentes juzgándolos como instalaciones modelo en su género. Para este momento el número de lavaderos se había incrementado y expandido a otros barrios de la ciudad, incluyendo Flores y Belgrano. Sus nombres y ubicaciones eran las siguientes: *Lavadero Pilar* -Montevideo 1923-, *Lavadero a vapor de la Sociedad Argentina de Industria Textil* – Terrero 1640-, *Lavadero Canning* 3249, *Lavadero Bulnes* 2728, *Lavadero Sirena* -Cañitas y Dorrego, *Lavadero Gran Republicano* -Santa Rosalía 1600, *Lavadero Modelo* -Herrera 880-, *Lavadero de los Sres. Laborde y Birra* -Blanco Encalada 1439-, *Lavadero Santa Rosalía* 1602.

Sin embargo, las condiciones que ofrecían en cuanto a sistemas de desinfección, disposición espacial e instalaciones eran desiguales, por lo que se debían realizar modificaciones, en especial para que los posibles gérmenes presentes en las ropas fueran destruidos en la entrada, de manera que estas ya no fueran el vehículo de transmisibilidad de las enfermedades infectocontagiosas.³⁴⁶ Esto se resolvería trasladando la sala de clasificación de

³⁴⁵ Departamento Nacional de Higiene (1901): 407.

³⁴⁶ Departamento Nacional de Higiene (1901): 408.

la ropa a la entrada donde existiría una estufa de desinfección de vapor y tachos de remojoamiento con lejía, para aquellas prendas que no podían someterse directamente a las altas temperaturas. Las aguas procedentes de estos tachos eran consideradas las más contaminadas por lo que debían desinfectarse mediante lechada de cal o por ebullición prolongada. Se adjuntaba un croquis modelo de un establecimiento que cumplía con estas condiciones elaborado por el jefe mecánico de los lavaderos municipales Eduardo Garón, en el que se esboza una suerte de circuito de ingreso con la ropa sucia y salida con la ropa limpia, evitando el entrecruzamiento (Figura 5.14 y 5.15).

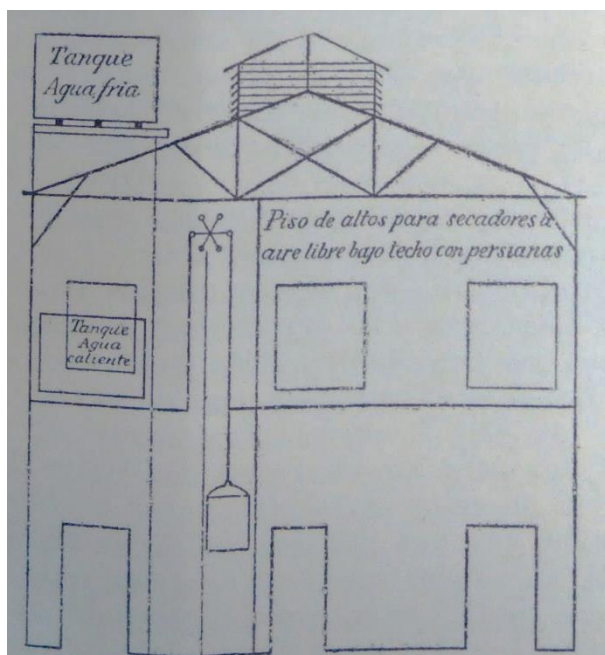
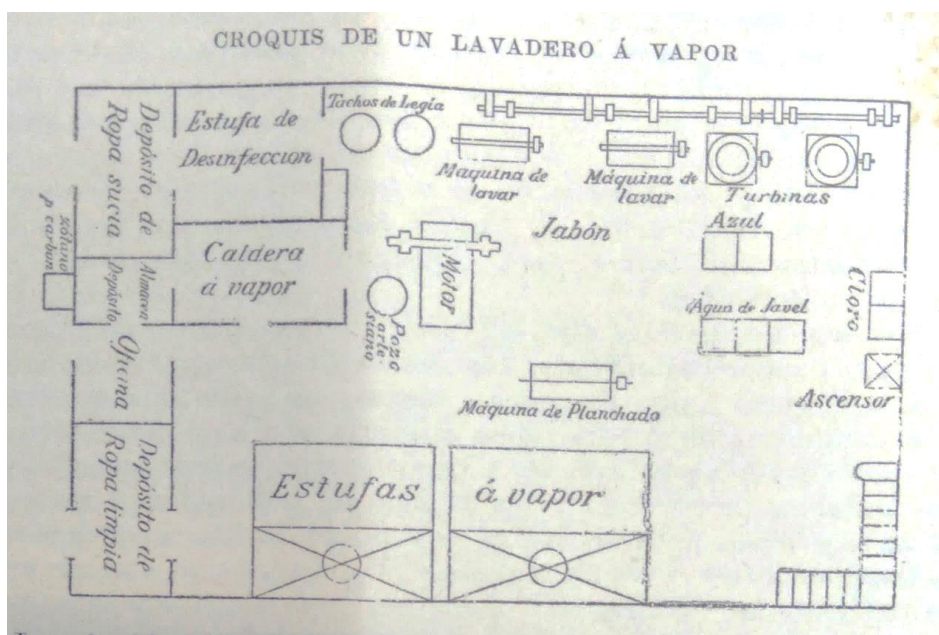


Figura 5.14 y 5.15: Croquis de un lavadero a vapor modelo. Fuente: *Departamento Nacional de Higiene* (1901):410.

Aun con el mayor número de lavaderos abiertos el informe señalaba una concurrencia limitada. Esto se debía aun al costo de los establecimientos como también a que ciertos conventillos ofrecían espacios de secado ilegalmente. El redactor del informe afirmaba haber visto desde el área de secado del lavadero de la calle Montevideo numerosos conventillos sobre la calle Paseo de Julio convertidos en verdaderos lavaderos públicos con espacios de secado al aire libre. Según la normativa vigente ese uso estaba habilitado solo para los moradores del conventillo.³⁴⁷ La municipalidad debía realizar una mayor propaganda sobre los beneficios higiénicos de estos establecimientos, como también promover su construcción en barrios que los necesitaban como La Boca, Barracas y San Cristóbal.

Puede verse el proceso, no sin dificultades, para incorporar nuevas prácticas - desinfección, vacunación, cremación- o reemplazar antiguas - lavado- como vías necesarias para mejorar la salubridad del medio urbano. En eso se mezclaban proyectos de ordenanza de relativamente fácil implementación, la desinfección de los muebles destinados a remate y de los elementos ornamentales utilizados en las ceremonias fúnebres; y otros más difíciles de llevar adelante, como la obligatoriedad de que las casas de inquilinato tuvieran un cuarto de aislamiento para recluir a los enfermos contagiosos.

Lo primero tenía que ver con los objetos que seguían circulando y llevando microbios o agentes patógenos luego del contacto con enfermos. En el caso del ornamento fúnebre se refería a los objetos utilizados en varias ceremonias durante el día sin desinfección intermedia entre servicio y servicio. En el caso de los remates se buscaba controlar una práctica relativamente frecuente de deshacerse de parte del mobiliario y las ropas utilizadas por un enfermo fallecido. En algunos casos se donaban a la misma Estación de Desinfección, la cual a su vez lo hacía al Asilo Nocturno. En otros se optaba por el remate de dichos muebles. En referencia a esto el director de la estación citaba el caso de una cuadrilla de desinfección que se dirigió a un domicilio sobre la calle Alsina a realizar un servicio, pero encontró la habitación totalmente desocupada por lo cual debió rastrear los objetos a desinfectar. Un colchón fue encontrado en la casa de un vecino, mientras que la cama había sido trasladada a un remate de la calle Rivadavia.³⁴⁸ Estos casos parecían darse frecuentemente, por lo cual se proponía sellar los muebles con la leyenda "Desinfectado" junto con la fecha de realización del procedimiento.

"Poco a poco, a medida que el público se convenza de la utilidad de la desinfección, de la modicidad de su precio, de que los muebles y objetos no se deterioran, de que la estufa de

³⁴⁷ *Departamento Nacional de Higiene* (1901):415.

³⁴⁸ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1893-1894): 98.

desinfección no quema las ropas como parecería indicarlo su nombre, ira notándose la desaparición de esas resistencias, desaparición que debe ser gradual, traída por el convencimiento de la inocuidad de la operación y de las ventajas que reporta.”³⁴⁹

La incorporación de estos nuevos programas que pretendían evitar la propagación de enfermedades no debe hacernos olvidar que aún se precisaba de una Casa de Aislamiento acorde. Recordemos que las instalaciones existentes correspondían a los pabellones provisorios que vimos en el capítulo anterior.

A diferencia de Alvear, Crespo creía que la ubicación de la Casa de Aislamiento era incorrecta por encontrarse “(...) ahora en un centro importante de población”,³⁵⁰ y que debía trasladarse a una distancia prudencial del centro de la ciudad, específicamente al menos a 6,5 km de la Plaza Lorea. Para este se llamó a licitación pública a fines de 1887 para la compra de un terreno que estuviera comprendido dentro de las calles Europa al norte, Santa Fe al sur, y el límite municipal al este. Se presentaron cinco propuestas que fueron evaluadas por una comisión integrada por el vicepresidente del Consejo de Higiene Juan A. Boeri, el director de la ASyAP José María Ramos Mejía y el director de la Casa de Aislamiento José Penna. Dicha comisión seleccionó la propuesta de un terreno ubicado “(...) a dos cuadras del ángulo sudoeste del Cementerio de la Chacarita”.³⁵¹ Nuevamente aquí vemos la intención de alejar estos programas del centro de la ciudad.

Para el nuevo proyecto en este terreno de aproximadamente 100.000 varas cuadradas se formó otra comisión compuesta por el Jefe de la Oficina de Obras Públicas, el Ingeniero Rómulo Otamendi, y José Penna para que confeccionaran los planos. En paralelo se presentó un proyecto de ordenanza para la venta del terreno del establecimiento actual y su destrucción por medio del fuego una vez se terminara la nueva Casa de Aislamiento, aunque luego se consideró instalar allí el nuevo Hospital de la Bolsa.

En cuanto a la nueva Casa de Aislamiento, según la descripción presentada en el censo de la ciudad, en primer lugar, el terreno estaría rodeado por una doble fila de árboles y una avenida que aislaría al conjunto edilicio del exterior. Hacia adentro, el planteo consistiría en cuatro hospitales independientes configurados en pabellones aislados. El de mayores dimensiones sería el de variolosos que estaría dividido según género en dos departamentos de dos pisos, separados por un cuerpo donde se encontrarían los baños, salas y corredores de convalecientes, y sector de desinfección. Separados del edificio para variolosos por muros y

³⁴⁹ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1893-1894)*: 99.

³⁵⁰ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1887)*: 229.

³⁵¹ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1887)*: 231.

dobles filas de árboles se edificarían otros tres hospitales destinados a diftéricos, tifoideos y sarampionosos. Todos ellos tendrían en la entrada una sala de desinfección obligatoria. Los cuatro hospitales se comunicarían con un pabellón general de servicio, ubicado en el centro del proyecto y comunicado con los demás sectores mediante túneles independientes garantizando así el aislamiento. El conjunto se completaría con un horno de desinfección, un lavadero a vapor, un horno de cremación, y otro para la destrucción de residuos y basuras.³⁵²

En este punto las fuentes presentan discrepancias. En la *Memoria Municipal* elaborada por Francisco Seeber en 1889, su primer año al frente de la intendencia, se afirmaba que la obra ya estaba iniciada, pero que Seeber consideró que la orientación de los pabellones era inconveniente por lo que suspendió la obra y nombró una comisión formada por los doctores Penna, Susini, Wernicke y Beek; y los arquitectos Buschiazzo, Büttner y Moog, para que elaboraran un informe. Este fue concluyente y rechazó unánimemente el proyecto elaborando uno nuevo, pero con un costo mayor. Ante ese panorama, sin capacidad de financiar los cambios necesarios, Seeber suspendió la obra en forma definitiva. En ese terreno luego se edificaría el Hospital Tornú (**Figura 5.16**).



Figura 5.16: Ubicación de la Nueva Casa de Aislamiento, luego Hospital Tornú. Fragmento del plano titulado Ciudad y distrito federal de Buenos Aires. 1889. Fuente: Beyer (1889)

Como vemos, según las memorias municipales Penna fue convocado a comisiones relacionadas al proyecto al menos en tres oportunidades: para decidir terreno apropiado, confección de plano junto a Rómulo Otamendi y ajuste de proyecto en la última comisión que acabamos de nombrar. Sin embargo, en su libro de 1910 *La administración sanitaria y la Asistencia Pública*, Penna aseguraba que tuvo conocimiento extraoficial de que un constructor estaba edificando una nueva casa de aislamiento sin planos estudiados y sin consultar a las personas competentes. Esto lo habría motivado a presentar un reclamo frente a Francisco

³⁵² *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1887): 170.

Seeber, para que se le diera intervención en su calidad de director de la Casa de Aislamiento, al que se le dio lugar y se suspendieron las obras. Esto resulta llamativo porque uno de los puntos problemáticos que señalaba Penna era justamente la nueva ubicación propuesta, que no considera un balance entre la distancia y la conveniencia:

“(…) puede admitirse que los hospitales de infecciosos deben hallarse distantes de los centros urbanos, también hay que convenir en que esa distancia no debe ser tal, que, en caso de epidemia dificulte y haga peligroso el transporte de los enfermos. La epidemia de cólera sufrida nos mostró que muchos sujetos procedentes de Flores, Boca y Belgrano llegaban muertos al hospital”.³⁵³

Más allá de estas diferencias en las versiones de cada uno, lo cierto es que las obras fueron suspendidas definitivamente. En 1893 Penna solicitó al director de la ASyAP, José Ayerza, que se formara una comisión para un proyecto de nuevo hospital. Dicha Comisión se conformó tanto por médicos- José Ayerza, Manuel Podestá y José Penna-, como por ingenieros – R. Ayerza, Clerice y Giovanni María Cagnoni.³⁵⁴

Resulta interesante destacar que al momento de proyectar el nuevo hospital se tomaban como condición necesaria los servicios y reglamentaciones que venimos abordando. En efecto, Penna consideraba que, si las medidas de profilaxis urbana se aplicaban y la declaración de nuevos casos se hacía efectiva, las nuevas epidemias ya no tendrían el impacto de las anteriores, con lo cual no sería necesario construir un hospital de enormes dimensiones, que podría estar vacío gran parte del año. Además, argumentaba que hasta cierto punto los ciclos de estas enfermedades se podían prever, habiendo un mayor número de casos en ciertos momentos del año y descendiendo en otros. Los cuadros y curvas estadísticas que se realizaban anualmente en la ciudad a partir de la experiencia de la Casa de Aislamiento, y que se publicaban en los *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, ofrecían una herramienta para proyectar áreas hospitalarias según el nivel de presencia de las enfermedades en el territorio. Aun así, llegado el caso que dicho cálculo fallara y que un episodio epidémico superara la capacidad instalada, se debía contar con instalaciones desmontables que permitieran salvar esta dificultad.

Aprovechando la forma irregular del terreno de la actual Casa de Aislamiento, José Penna planteó un croquis de proyecto en forma de T que definía, de alguna manera, tres hospitales diferentes aislados entre sí, y vinculados por un área común donde se ubicarían los

³⁵³ Penna (1910): 303.

³⁵⁴ En distintas fuentes el nombre de Cagnoni se encuentra alternativamente como “Giovanni” y en otros casos “Juan”.

servicios generales necesarios para el funcionamiento de todo el establecimiento (administración, personal, ropería, comedores, farmacia, etc.) (Figura 5.17).

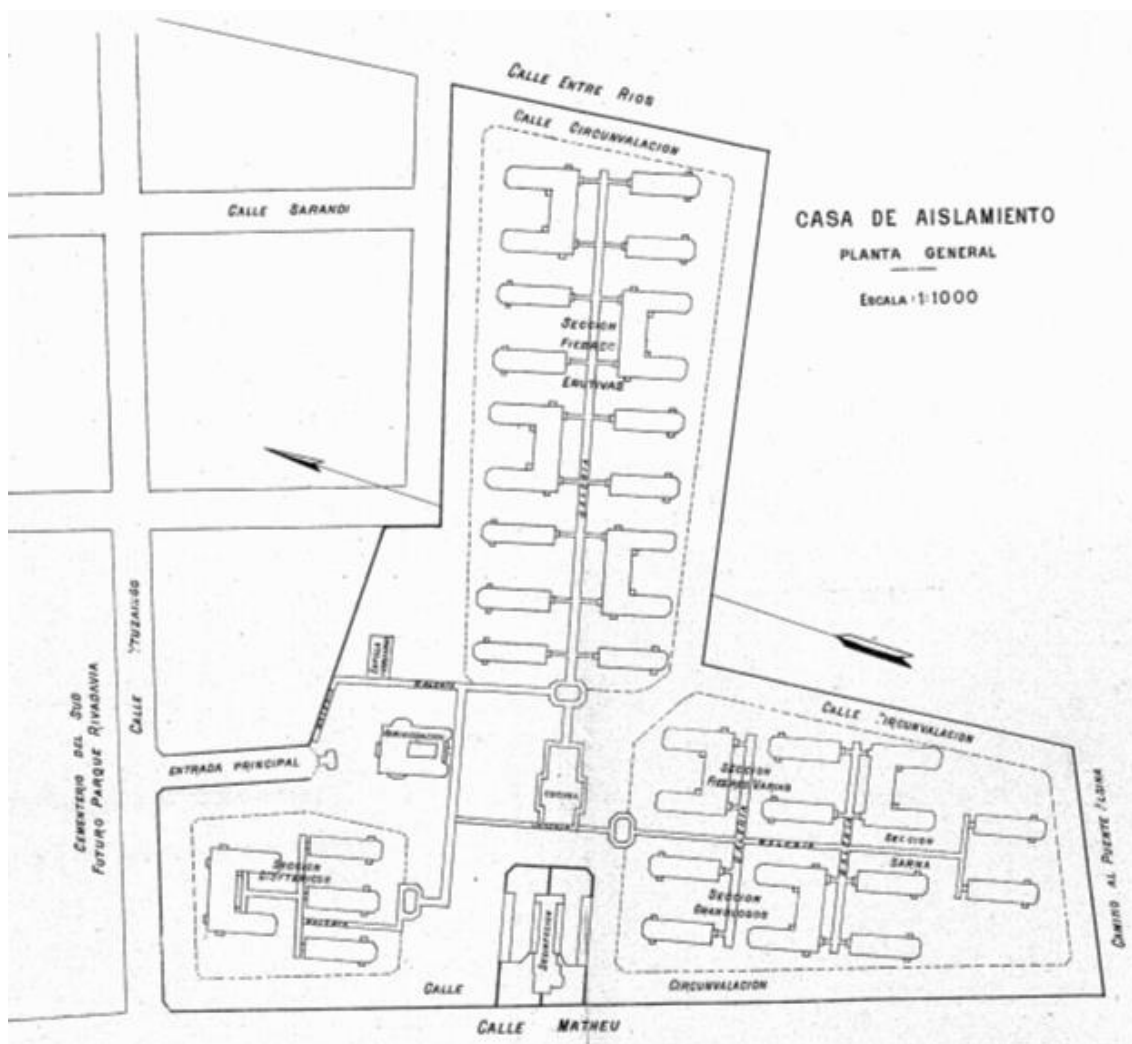


Figura 5.17: Casa de Aislamiento – Plano general. En línea punteada se denotan los sectores diferenciados dentro conjunto. Fuente: *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1893-1894).

La comunicación entre sectores se realizaría mediante galerías semicubiertas de circulación limitada mediante rejas, que restringirían el paso entre diferentes áreas y que obligarían a pasar por un espacio de desinfección toda vez que se ingresara a un área peligrosa. Así cada departamento del hospital tendría su sala de desinfección además de la del acceso principal a todo el conjunto.

En línea con el proyecto de Hospital Barraca anterior, el planteo de Penna también abandonaba la idea de un hospital en bloque, es decir un único edificio monolítico consolidado, para pasar a un planteo de pabellones aislados paralelos que permitirían justamente separar a distintos enfermos. Sin embargo, aquí se introduce un cambio tipológico importante consistente en la posibilidad de expansión. En efecto, esta tipología denominada “poste de telégrafo”

combinaba el pabellón aislado con el corredor longitudinal,³⁵⁵ permitiendo que si el terreno se expandía (adquiriendo el lote vecino por ejemplo) el hospital pudiera crecer continuando el mismo planteo sin grandes dificultades. Marcaba así un cambio con tipologías hospitalarias anteriores, como el del *Hôpital Lariboisière*, que si bien utilizaban pabellones paralelos también consolidaban un perímetro definido y estático. Este nuevo planteo de poste de telégrafo, que puede verse tempranamente en el proyecto de 1872 para el *Hospital for Sick Children* de Pennington & Bridges (**Figura 5.18**), ganó importancia en el último tercio del siglo XIX debido a sus posibilidades de aislamiento, expansión y facilidad de construcción, especialmente por la similitud de los distintos pabellones lo que permitía la reiteración de procesos constructivos y estandarización de las distintas partes (carpinterías, aberturas, equipos, etc.), por lo que fue utilizado también para resolver otros programas arquitectónicos, como asilos, cárceles y escuelas.³⁵⁶

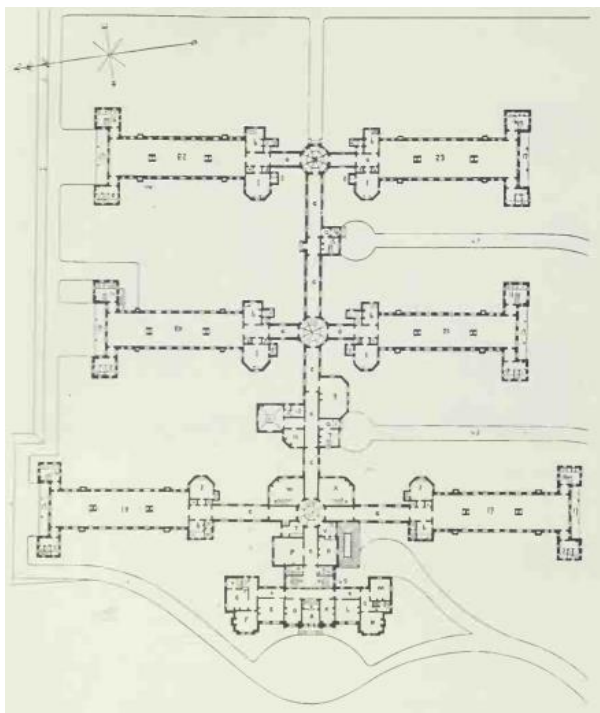


Figura 5.18: Pennington & Bridges. Proyecto para el Hospital for Sick Children, Pendlebury, 1872. Fuente: Pevsner (1979):156

En el proyecto de Penna justamente se plantearon dos tipos de pabellones, aunque no muy diferentes entre sí. Para el director del establecimiento esto permitiría adaptarlos fácilmente si una epidemia demandara un pabellón, dos, un área o todo el conjunto hospitalario al mismo tiempo. Cada pabellón de 12,50 m de largo, 8 metros de

³⁵⁵ Matthews ([1999]2009).

³⁵⁶ Pevsner (1979): 156.

ancho y 7 metros de altura contaría con la sala propiamente dicha en el centro, mientras que en los extremos se situarían las áreas de servicio incluyendo el sector de desinfección, enfermería, baños y cocina. En el extremo se situaba una sala multifunción, señalada en el plano como sala de operaciones, pero que según la memoria podía utilizarse como comedor, sala de recreo, de aislamiento o ampliación de la sala principal.

Por otro lado, las salas dobles resultaban de la unión de dos de estos pabellones mediante un bloque transversal en el que se sumaban ocho habitaciones independientes multipropósito. Es destacable el cambio que propuso Penna al proyecto de estos pabellones dobles, solicitando que no hubiera una habitación de contacto entre las distintas partes, sino amplios vestíbulos que facilitarían el aislamiento.

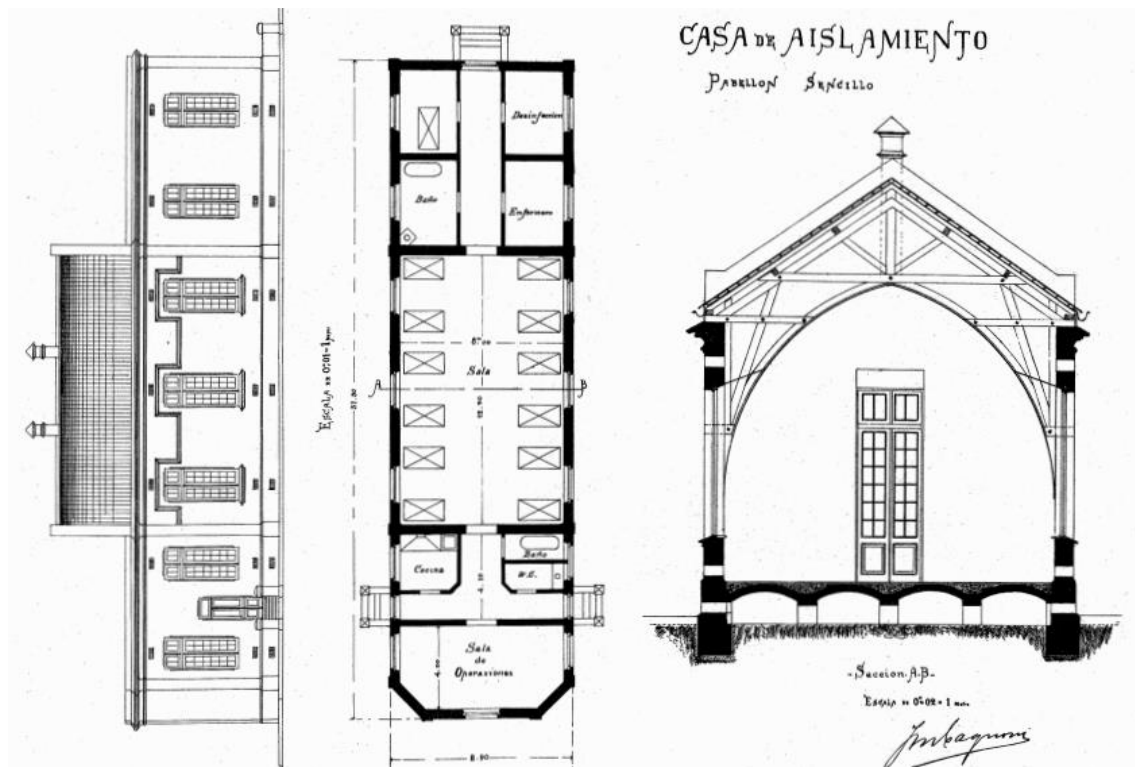


Figura 5.19: Casa de Aislamiento – Pabellón sencillo. El área de desinfección es el primer espacio vinculado al acceso. Fuente: *Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires* (1893-1894).

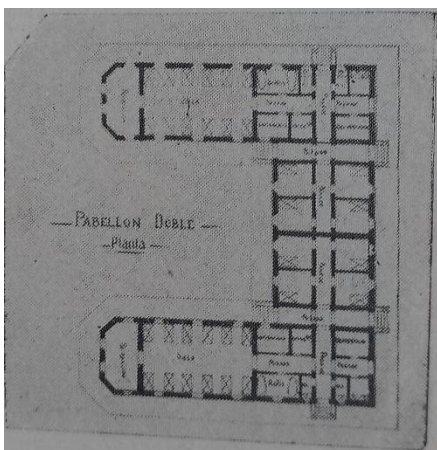


Figura 5.20: Casa de Aislamiento – Pabellón doble. Fuente: Penna (1910): 312.

En lo que respecta al régimen diario para los enfermos, el mismo consistiría en la vacunación antivariólica para los que no tuvieran viruela, la desinfección de sus ropas, desinfección regular de todos los objetos de las salas, baños de higiene periódicos y el aislamiento en sectores separados en caso de dudas en el diagnóstico. La separación entre pabellones y con el exterior se lograría además mediante plantaciones de árboles tupidos de diferentes alturas que permitieran “purificar la atmosfera hospitalaria”.³⁵⁷ Puede verse aquí el imaginario general que se aplicaba también a los grandes parques, como el Parque 3 de febrero, entendidos como los espacios modernos de recomposición física a través de los cuales la ciudad “respiraba” y se purificaba.³⁵⁸

Las ideas de Penna fueron aceptadas y nuevos planos fueron confeccionados y aprobados bajo la firma de Giovanni María Cagnoni, iniciándose la construcción el 15 de agosto de 1894.³⁵⁹ Sin embargo, y como con otros proyectos de relevancia del mismo periodo, el avance de las obras fue lento y se extendió hasta las primeras décadas del siglo XX.

5.3. La isla lazareto

La desinfección también estaba muy presente, y en forma combinada con el aislamiento, en el lazareto de Martín García, que luego de varios años de contar con instalaciones provisionales comenzaba a adquirir un planteo más acorde a su función. Dicha configuración puede ser vista en el plano de la ciudad de Buenos Aires confeccionado en 1889 por el ingeniero geógrafo Carlos Beyer para la casa editora de Ángel Estrada. La inclusión de la isla en un plano de estas características resulta llamativa y es la primera de la que tengamos

³⁵⁷ Penna (1910):309.

³⁵⁸ Armus (2007): 48; Gorelik (1998):75.

³⁵⁹ *Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1893-1894)*: XXXVI.

registro. Para incluir a la isla se ha utilizado un recurso gráfico aplicado en mapas anteriores a las periferias de la ciudad o a los pueblos cercanos, como Flores y Belgrano, en este momento ya anexados definitivamente al territorio porteño, consistente en un recuadro que permite mostrar sectores vinculados al medio urbano pero que están fuera de los límites del plano mismo (**Figura 5.21**).

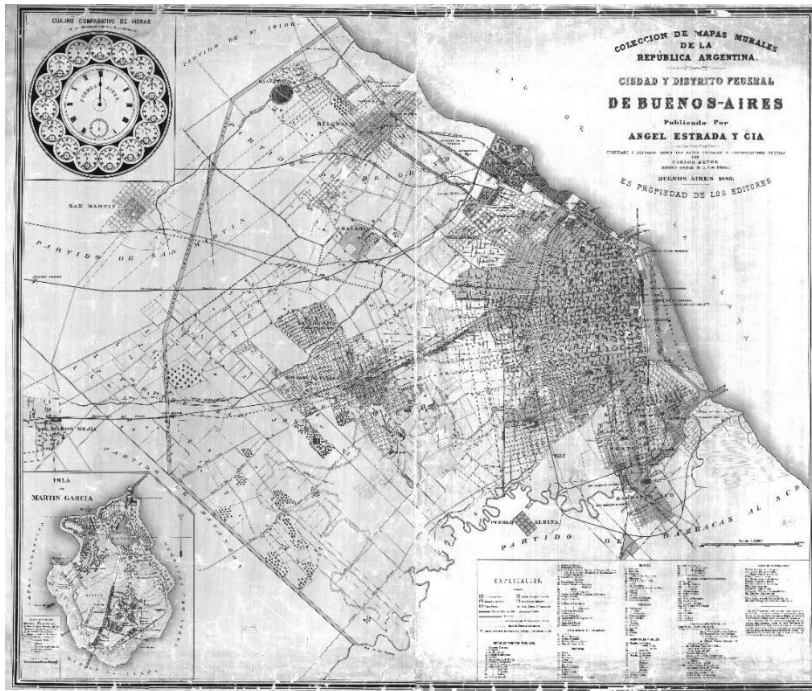


Figura 5.21: Ciudad y distrito federal de Buenos Aires. 1889. Autor: Carlos Beyer. Puede verse el recuadro con la disposición general de las instalaciones de la Isla Martín García abajo a la izquierda. Fuente: Archivo Museo Mitre.³⁶⁰

El plano nos permite observar diversas áreas de la isla. Se señalan unas ruinas del lazareto de 1874, luego de la epidemia de fiebre amarilla, cercanas al cementerio y que ya no se encontraban en funcionamiento. También se indicaban diversas áreas que funcionaban en relación con el lazareto -sectores norte y central- como también al destacamento militar que funcionaba allí en forma estable desde 1857 -principalmente en el sector sur. Este aspecto resulta importante considerando algunos de los lazaretos europeos, examinados en el capítulo 1, y el más cercano de la Isla de Flores. En muchos de estos casos, el programa de aislamiento se extendía sobre la totalidad de la isla, garantizando así que agentes externos no controlados se infiltraran y entraran en contacto con los cuarentenarios. Esto inclusive se combinaba con un sistema de murallas como segunda garantía de separación. Pero en el caso de Martín García, el programa lazareto convivió con una población civil y militar ya instalada, de la cual no estaba totalmente aislado. Volveremos sobre esto.

³⁶⁰ Recuperado de <https://sites.google.com/view/ba-en-cartografia/p%C3%A1gina-principal>



Figura 5.22: Isla Martín García. Fragmento del plano titulado Ciudad y distrito federal de Buenos Aires. 1889. Autor: Carlos Beyer. Sector del plano referido a la Isla Martín García. Fuente: Archivo Museo Mitre.³⁶¹

Como otros documentos cartográficos la imagen representa un esquema ideal del programa de aislamiento, en el que se solapan estructuras existentes y proyectadas. Para recorrer la totalidad de ese esquema ideal nos proponemos seguir el trayecto que realizaría una embarcación destinada a cuarentena en la isla, empezando entonces por el sector norte donde se encontraría la estación de desinfección, que contaba con 5 estufas *Geneste-Hercher* con una sala destinada a la desinfección química. Los galpones para que los pasajeros esperaran allí hasta terminado el proceso y el muelle de desembarco se encontraban al momento en fase de proyecto (**Figura 5.23**). Cercanas a la estación se encontraban dos áreas sobre la costa destinadas a enfermos infecciosos.

³⁶¹ Recuperado de <https://sites.google.com/view/ba-en-cartografia/p%C3%A1gina-principal>



Figura 5.23: Sector norte de la Isla Martín García destinado a Estación de Desinfección y área de infecciosos, Fragmento del plano titulado Ciudad y distrito federal de Buenos Aires. Fuente: Beyer (1899).



Figura 5.24: Sector central de la Isla Martín García destinado a lazareto cuarentenario y pabellones según clase. Fragmento del plano titulado Ciudad y distrito federal de Buenos Aires. Fuente: Beyer (1899).

Una gran distancia separaría estos sectores del área central donde se ubicaría prácticamente la totalidad del programa cuarentenario. La mayor superficie la ocuparían 8 grandes pabellones dispuestos perpendicularmente entre sí, dedicados a los pasajeros de tercera clase y nombrados como algunas provincias argentinas: Pabellón San Juan, Mendoza,

Misiones, Santiago, Tucumán, Chaco, Corrientes y San Luis. Cercanos a estos se ubicarían otros cuatro pabellones paralelos destinados en este caso a los pasajeros de primera y segunda clase. Se mantenía el mismo criterio para nombrarlos, pero bajo la categoría de hotel: Hotel Buenos Aires, Hotel Córdoba, Hotel Santa Fe y Hotel Entre Ríos.

Cercanos a estos se ubicaría el Hospital de afecciones comunes, compuesto por dos pabellones para sala con capacidad para 20 camas y otros dos perpendiculares destinados a cocina, vivienda del enfermero, consultorio, cuarto de baño, letrinas y dormitorio del médico. El programa se completaría con un Hospital sucio – también mencionado como “Enfermería”-, lavaderos, talleres, depósitos de equipaje, proveeduría, cuatro hornos crematorios individuales, un crematorio para 25 cadáveres y administración. Todas las áreas se separaban con respectivos alambrados para garantizar el aislamiento necesario y se vinculaban gracias un *tramway* que efectuaba los traslados desde el muelle de llegada hasta la zona sur.



Figura 5.25:
Lazareto de Martín García. *Tramway* de carga. Fuente: AGN.

Ese esquema ideal difiere bastante de la reconstrucción elaborada por Armando Llambi, en la que prácticamente todo el programa que hemos mencionado se concentraba en el sector central (**Figura 5.26**). Dicha reconstrucción es la más cercana disponible a lo que fue la distribución real del programa cuarentenario, y permite ver que la distancia ideal entre el área de desinfección y los pasajeros efectivamente aislados ya no se cumple, además de que esta sección cuenta con una superficie muchísimo menor, y que nunca fueron construidos los distintos hospitales, solamente las enfermerías.

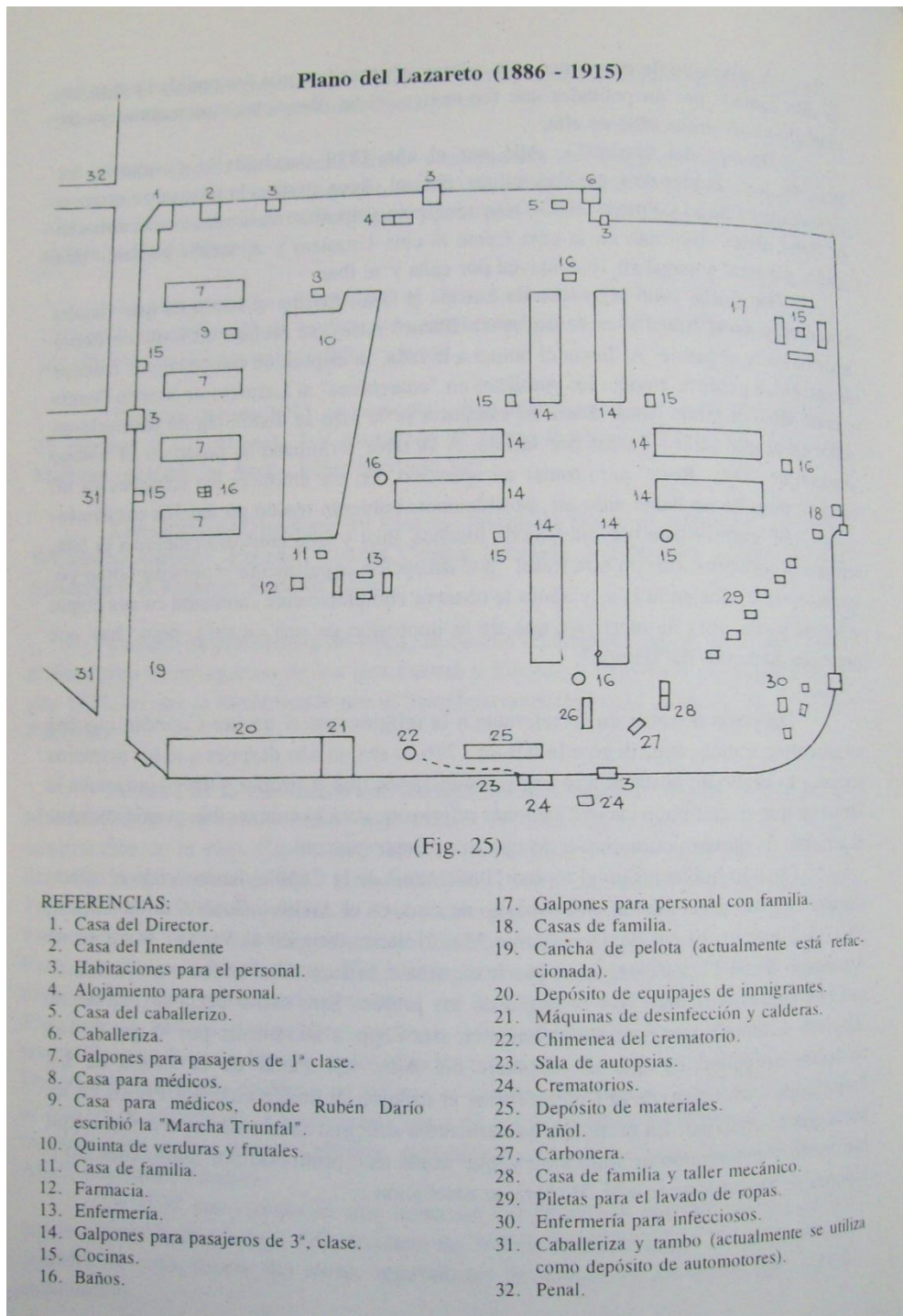


Figura 5.26: Reconstrucción esquemática del lazareto de Martín García. Fuente: Llambi (1995).

Las memorias institucionales si ofrecen un detalle del personal disponible. Para 1894 el lazareto contaba con un Director General -cargo ocupado por el Dr. W. Acevedo- a cargo de un área técnica y otra administrativa. La primera se componía de un médico interno, un farmacéutico, un jefe de desinfección, dos desinfectadores, dos cremadores y eventualmente los médicos que acompañaban a los grupos cuarentenarios.



Figura 5.27:
Lazareto de Martín García.
Vista de los pabellones de primera.
Fuente: AGN.

El área administrativa por su parte se componía de un intendente, un sub-intendente, un mayordomo, un escribiente, un ordenanza, un albañil, un mecánico, un maestro carpintero y un oficial a su cargo, un cocinero de 1°, dos cocineras de 3°, una camarera, dos lavanderas y planchadoras, un capataz y 20 peones destinados a tareas varias.³⁶²

La memoria de Acevedo, presentada en 1894 en los *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, nos permiten entender la dinámica de la isla al momento de recibir un barco derivado al lazareto. Si no había cuarentenarios previamente, se comenzaban a preparar las cocinas y pabellones de habitación según las distintas clases. El intendente y el escribiente concurrían al muelle a recibir y ubicar a los pasajeros de primera clase, hecho esto desembarcaban los de tercera. El auxiliar y los peones se encargaban de la descarga del equipaje de mano y de mayor volumen, para su traslado a la sección de desinfección. Allí entraban los pasajeros en grupos de 20 personas, los cuales debían abrir sus valijas, cambiarse por ropas limpias y armar un paquete con la muda sucia y todo lo que el médico les indicara. Luego de la revisión salían al sector limpio a esperar la salida del paquete de la estufa de desinfección. Este procedimiento podría realizarse si los cuarentenarios llegaban a la isla durante el día, si lo hacían durante la noche entonces se los ubicaba primero en los pabellones y luego se lo desinfectaba también. Si se llegaba a producir un caso de enfermedad pestilencial exótica se debía volver a realizar todo el procedimiento de desinfección.³⁶³

³⁶² *Departamento Nacional de Higiene* (1894):34.

³⁶³ *Departamento Nacional de Higiene* (1894):38.

Durante este proceso parte de los peones debían hacer guardia para evitar que los pasajeros no pasaran de la sección limpia a la sucia, y en general para prevenir que los cuarentenarios salieran de los límites del lazareto, aunque Acevedo mencionaba que los habitantes de la isla violaban esa separación permanentemente para lo que solicitaba la instalación de doble cerco de alambre con una altura de dos metros. Los pasajeros de tercera debían estar dentro de sus pabellones a la 20 hs. en invierno y a las 22 hs. en verano pudiendo ser castigados con reclusión si desobedecían esta norma.

Luego del desembarco se dividía a los pasajeros en grupos de 10 personas y se nombraba un capataz al que se le entregaban frazadas, utensillos y vajilla; quedando a cargo de estos elementos por lo que durara la cuarentena. Cuando esta terminaba y los pasajeros se embarcaban se debía proceder a la desinfección de las instalaciones y equipamiento de la isla. Los pabellones, letrinas y las mismas estaciones de desinfección pasaban por una limpieza exhaustiva. Los colchones y almohadas eran pasadas por las estufas hasta que los pabellones estuvieran limpios. Una vez hecho esto se los volvía a armar a la espera de un nuevo contingente, manteniendo los pabellones cerrados con llave y ventilándolos por algunas horas.

Lo más complejo era la convivencia de dos grupos cuarentenarios distintos. Cuando esto sucedía el grupo que ya estaba en la isla era encerrado durante todo el procedimiento de recepción del nuevo grupo, descrito anteriormente. En líneas generales los controles internos aumentaban, y se prestaba mayor atención a los pasajeros de primera que eran atendidos en sus pabellones, no en el hospital. Asimismo, los horarios de comida se separaban intentando así que el contacto entre grupos fuera nulo, aunque esto era más complejo a mayor cantidad de grupos cuarentenarios simultáneos. Acevedo señalaba el caso de tres contingentes juntos, correspondientes a las embarcaciones *Regina Margherita*, *Duchesa di Genova* y *Giulio Massini*, que sumaban unos 3.300 pasajeros, por lo cual debió tenderse una red de triple alambrado que separara el galpón de tercera N°5 del resto del lazareto.³⁶⁴ Asimismo, se reforzó la vigilancia entre el Hospital de afecciones comunes y el sucio. Habilitándose la cocina del hospital para los enfermos, de manera de no mezclarse con el resto de los cuarentenarios.

En sus escasos cuatro años de funcionamiento, 1889-1893, el lazareto de Martín García recibió una cantidad variable de pasajeros de primera y tercera. Esto puede atribuirse a la crisis económica del final del gobierno de Juárez Celman, que volvió a nuestro país un destino menos atractivo para los inmigrantes que en muchos casos planeaban enviar un excedente de sus

³⁶⁴ *Departamento Nacional de Higiene* (1894):40.

ingresos a sus lugares de origen.³⁶⁵ Brasil y los Estados Unidos parecieron destinos más propicios durante un tiempo, aunque ya en 1892-1893 se vio un incremento que comenzaba a anticipar la gran inmigración que vendría con el cambio de siglo.³⁶⁶

Año	Pasajeros de 1°	Pasajeros de 3°
1889	433	4.084
1891	37	106
1892	605	4.692
1893	262	9.629
Total³⁶⁷	1.337	18.511

Es interesante señalar que estas estadísticas eran acompañadas por un número aproximado de objetos desinfectados, procedimiento que había iniciado ese año y que daban cuenta del movimiento de esa sección en la isla, cuyo número ascendía a 2.750 baúles, 1.482 valijas, 395 cestos, 347 colchones, 770 bolsas y 1.537 atados con ropa sucia.

La desinfección parecía ser el método científico en ascenso que permitía la circulación segura entre diferentes territorios. En el congreso panamericano celebrado en Estados Unidos ese mismo año se había aceptado como resolución que todo barco que llegara a puertos norteamericanos con inmigrantes debía ser sometido a una rigurosa desinfección de todos los equipajes y artículos personales, así como la desinfección del propio barco. Esa desinfección debía producirse durante todo el año, a diferencia de protocolos que vimos anteriormente que endurecían los controles solo en períodos de mayor prevalencia de las enfermedades exóticas. Esto se asentaba en la experiencia italiana, presentada a su vez en la Conferencia de Dresde de 1893 -un año después de la de Venecia-, que había impuesto desinfecciones obligatorias logrando la disminución de casos frente a un importante brote de cólera ocurrido en 1892 que se originó en Afganistán y Persia, pero llegó luego a Moscú, San Petersburgo, París y Hamburgo, y que provocó que diferentes naciones, incluyendo al gobierno argentino, impusieran restricciones a importantes ciudades de Europa.³⁶⁸

A ambos lados del Atlántico las cuarentenas marítimas comenzaban a cederle lugar a alguna forma de inspección sanitaria de los navíos, y en este nuevo procedimiento la

³⁶⁵ Devoto (2003):261.

³⁶⁶ recién en 1896 los ingresos al país llegaron a niveles similares a 1886. Devoto (2003):262.

³⁶⁷ No se consignan cifras para el año 1890. *Departamento Nacional de Higiene* (1894):42.

³⁶⁸ Howard-Jones (1975): 66.

desinfección tenía un destacado lugar. El 8 de febrero de 1894 el gobierno argentino levantó la declaración de “sospechosos” que pesaban sobre los puertos italianos desde agosto de 1893,³⁶⁹ asignando a sus procedencias justamente una rigurosa desinfección durante 20 días, decisión compartida con la Junta de Sanidad de Montevideo que aplicó el mismo procedimiento.³⁷⁰

Para el DNH, la desinfección era un procedimiento que debía aplicarse a nivel nacional como forma de combate de las enfermedades infecciosas. En el presupuesto de 1894, el DNH previó una partida de 6.000 pesos mensuales destinados a la instalación de estufas de desinfección en distintas ciudades de la República. Según su proyecto se debía realizar un estudio por medio de la Oficina Sanitaria que permitiera:

- analizar la población y condiciones físicas de las ciudades más importantes de las provincias del país
- observar la morbilidad y mortalidad presente en cada una de ellas, en especial referido a la escarlatina, sarampión, viruela, fiebre tifoidea, fiebre puerperal y tuberculosis;
- relevar el personal médico, hospitales, casas de sanidad con sus respectivos planos y demás recursos con los que cuenta cada provincia;

Una vez hecho este estudio se procedería a asignar aquellas ciudades que deberían contar con un servicio de desinfección, junto con un reglamento respectivo para el combate de las enfermedades infecciosas.³⁷¹

La cantidad de barcos que llegaban a puerto representaban un desafío para la Inspección Sanitaria del Puerto, dependencia del DNH creada en enero de 1892 durante la presidencia de José María Ramos Mejía, que reemplazó a Guillermo Udaondo. Como su nombre lo indica, la Inspección Sanitaria del Puerto tendría a su cargo el servicio de higiene y la vigilancia sanitaria de ese sector de la ciudad, pero contaba con recursos limitados para llevar adelante estas tareas, además de que frecuentemente se encontraban con casos en que los capitanes de barco continuaban intentando saltar los controles. Durante la presidencia de Ramos Mejía, entre 1892 y 1897, todos los años se registraron ingresos de enfermos de fiebre amarilla a través de embarcaciones provenientes del Brasil.³⁷² En enero de 1894 el DNH se dirigió al Ministerio de Interior para notificarlo de esta situación y que este solicitara al Intendente Municipal la prohibición a los hospitales de recibir enfermos provenientes del puerto o barcos sin autorización de la Inspección Sanitaria del Puerto. Nuevamente nos encontramos con un

³⁶⁹ *Departamento Nacional de Higiene* (1894):186.

³⁷⁰ *Departamento Nacional de Higiene* (1894):188.

³⁷¹ *Departamento Nacional de Higiene* (1894):298.

³⁷² Veronelli; Veronelli Correch (2004): 256.

conflicto jurisdiccional, la ciudad prefería aceptar enfermos sin autorización a rechazarlos y que estos deambularan por las calles siendo posibles vectores de contagio. Le recomendaba al DNH que endureciera sus controles y fortaleciera la vigilancia portuaria, para lo cual no tenía suficiente personal considerando que la inspección se seguía realizando de la misma manera que mencionamos en capítulos previos, es decir, recorriendo con pequeños vapores la extensión completa de la rada de Buenos Aires.

El DNH proponía la creación de un fondeadero sanitario en la rada del puerto que permitiera la regularización del servicio sanitario, lo cual agilizaría la comunicación con las autoridades de higiene y que serviría provisoriamente hasta que la nación contara con un puerto cuarentenario y lazaretos adecuados al arribo de embarcaciones de cualquier porte - recordemos que el operativo en Martín García demandaba el transbordo a vapores de menor calado por las condiciones territoriales de la isla.³⁷³ Ese espacio además sería controlado solo por las autoridades sanitarias, a diferencia de lo que sucedía en el puerto en el que aún se utilizaban buques de la armada para vigilar a las embarcaciones cuarentenarias, tal como sucedía cuando la Junta de Sanidad dependía del Ministerio de Guerra y Marina.

Para esto se creó una comisión compuesta por Cándido Eyroa, Nicolás Lozano y Federico Zavaleta, que realizó un estudio hidrográfico de la rada exterior para determinar el mejor sitio para la instalación de un fondeadero sanitario dividido en tres sectores: cuarentena, sucio y neutral; en este último se instalaría el Hospital Flotante existente *Rodolfo del Viso* (**Figura 5.28**).

³⁷³ *Departamento Nacional de Higiene* (1894):1066.

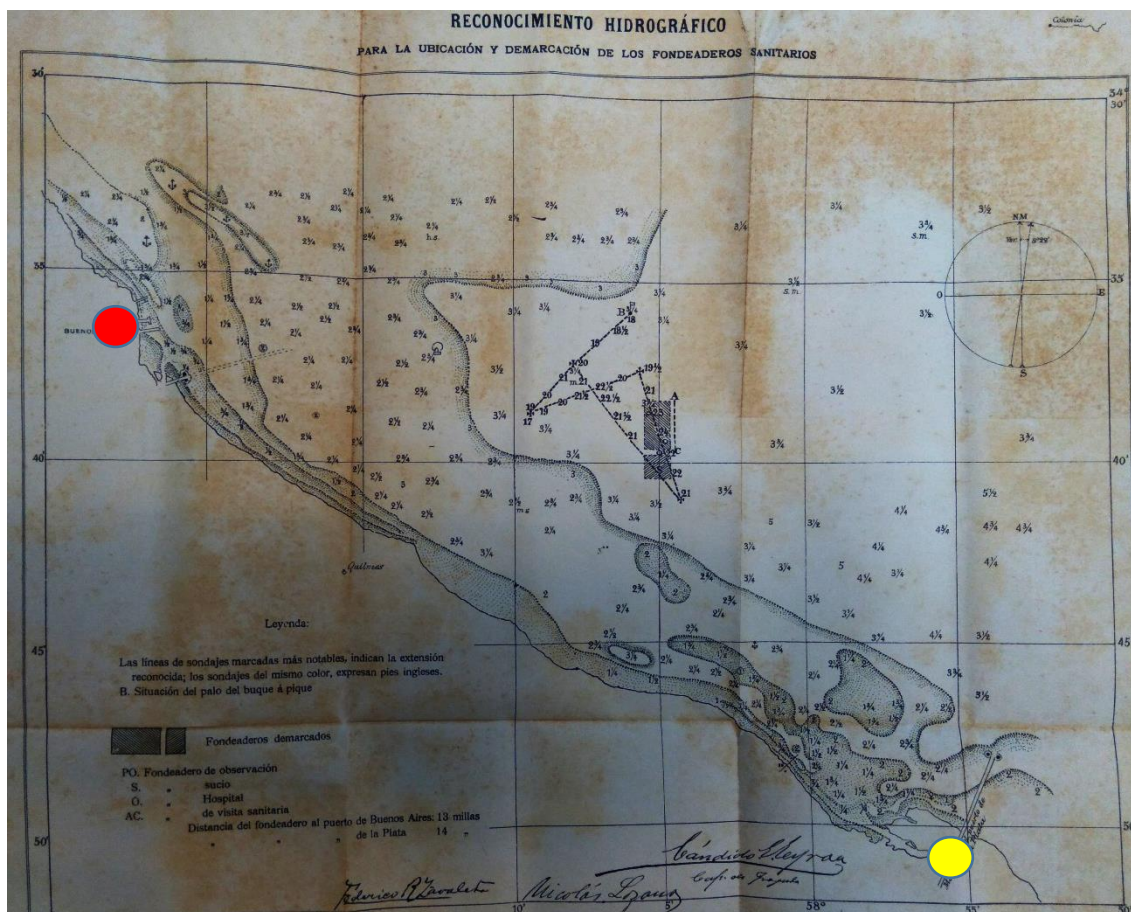


Figura 5.28: Reconocimiento Hidrográfico para la ubicación y demarcación de los fondeaderos sanitarios. Se ha señalado la ubicación de los puertos de Buenos Aires (rojo) y La Plata (amarillo). Fuente: *Departamento Nacional de Higiene* (1894):1065.

Esta embarcación había sido adquirida por la Armada Argentina en 1870, pero ante la necesidad de contar con instalaciones de aislamiento fue desmantelado y utilizado como lazareto flotante en 1888. Dos años después fue rebautizado como Hospital Flotante *Rodolfo del Viso*, prestando servicios hasta 1918.

El sector seleccionado en la rada exterior, de 4.000 metros de largo y 1.600 metros de ancho, se encontraba prácticamente equidistante de los puertos de Buenos Aires y La Plata, aunque el Reglamento Sanitario Internacional determinaba que el fondeadero para los puertos argentinos era la rada del primero.

Este sistema sectorizado proponía que los barcos que debían ser supervisados se dirigieran al fondeadero de observación, de todos el de mayor dimensión -2.400 metros x 1.600 metros- y con capacidad para 22 buques, cuyo sector noreste se constituiría en fondeadero de visita sanitaria. Si eran declarados en libre plática podrían seguir su camino a puerto, mientras que los sujetos a cuarentena o con enfermos epidémicos a bordo deberían dirigirse a los fondeaderos de observación y sucio.

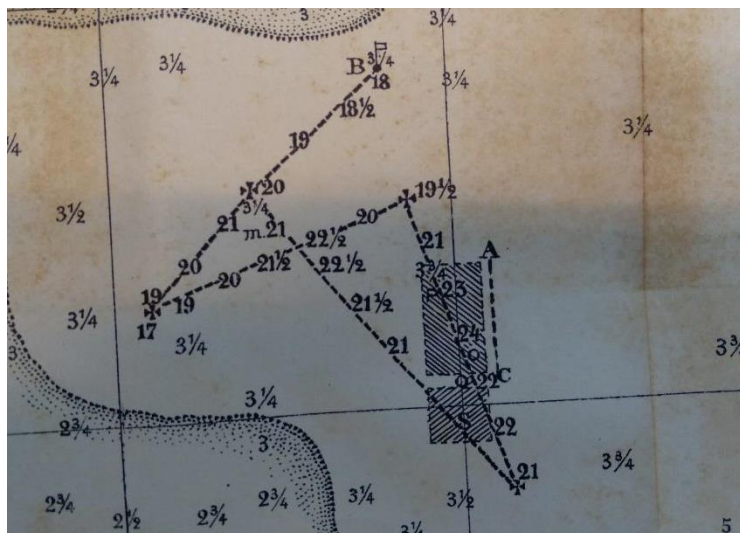


Figura 5.29: Detalle del plano de Reconocimiento Hidrográfico para la ubicación y demarcación de los fondeaderos sanitarios. Fuente: *Departamento Nacional de Higiene* (1894):1065.

En el centro del fondeadero de observación debía ubicarse un buque “Estacionario Sanitario”, equipado con mecanismos de desinfección para los buques y objetos, y con comunicación directa con el DNH mediante tecnologías recientes: una línea telegráfica y otra telefónica. Asimismo, se contaría con una lancha a vapor para el servicio de visita sanitaria y vigilancia, y un hospital flotante ubicado en el área neutral que dividiría el fondeadero de observación del sucio.³⁷⁴

La idea de un fondeadero sanitario no era la única alternativa para suplantar a la isla Martín García. Y es que, a pesar de los avances científicos mencionados, la fiebre amarilla continuaba siendo una incógnita etiológica y una amenaza muy cercana. En efecto, constantemente podían verse las notificaciones de nuevos casos en la vecina Brasil, en especial en Río de Janeiro. Entre 1891 y 1892 se produjo un importante brote que costó la vida de 8.766 personas según un estudio realizado por el Dr. Aureliano Portugal, médico demográfico del directorio sanitario federal, siendo la epidemia más mortífera hasta ese momento.³⁷⁵ Telémaco Susini se basó en el trabajo de Portugal para comparar el estado sanitario de Buenos Aires y Río de Janeiro en el marco de un nuevo brote en la ciudad brasileña, que entre enero y abril de ese año ya había provocado 4.385 fallecimientos. En ese mismo plazo 39 casos fueron detectados en barcos llegados al puerto de Buenos Aires procedentes de Río de Janeiro.³⁷⁶ El análisis en general mostraba una situación ventajosa para Buenos Aires, donde la mortalidad de enfermedades contagiosas como la fiebre amarilla, la malaria, la viruela y el *beri beri* era

³⁷⁴ *Departamento Nacional de Higiene* (1894):1067.

³⁷⁵ El estudio de Portugal separa las cifras según los años: en 1891 se produjeron 4.454 fallecimientos, mientras que en 1892 ese número desciende levemente a 4.312.

³⁷⁶ *Departamento Nacional de Higiene* (1894):522.

sumamente inferior a los presentes en la ciudad brasileña. Se consideraba entonces que esas enfermedades podrían ser importadas y que no se producían localmente (**Figura 5.30**).

Así lo reflejaban los números totales que en el periodo de análisis señalaban que en Rio de Janeiro el número de muertes había ascendido a 32.534, mientras que en Buenos Aires esa cifra era inferior a la mitad, 12.481.

Un artículo de similares características y que además ponderaba a la Casa de Aislamiento de Buenos Aires fue publicado en el periódico especializado francés la *Semaine Médicale*, lo cual provocó una réplica del *Brazil Medico*, que vio en estas afirmaciones un intento de propaganda de la ciudad platense, acusándolos inclusive de haber pagado a periódicos extranjeros para convencer a los inmigrantes de desviarse hacia Argentina.³⁷⁷

"Nuestros amables y bondadosos vecinos del Plata ya no se contentan con hacer quejas pomposas por sus productos, en avalar sus maravillas, en mantener en Europa una compañía de propagación y alabanza con el fin de despertar simpatías y atraer inmigrantes. Ahora nos han atacado, y con la mayor infelicidad y falta de tácticas que hacen, utilizando calumnias y falsedades palpables, valiéndose de nuestros muchos defectos, donde seguramente encontrarían un lío copioso para saciar su proverbial mala voluntad. (...) Poco nos importan a los brasileños los cumplidos incondicionados y ordenados hechos a la República Argentina, que -a decir de la *Semaine Médicale*- y, en términos de higiene, está más adelantada que algunos países de Europa, y quién sabe, aun a Francia. Aunque somos vecinos cercanos, ignorábamos que ellos tuvieran un hospital de aislamiento modelo."³⁷⁸

Fuera de estas acusaciones era cierto que Argentina había creado una densa red de agentes de inmigración en Europa con el fin de motivar la instalación de extranjeros al país,³⁷⁹ pero dicha operación, para ser segura, necesitaba combinarse con medidas de profilaxis acordadas, como los fondeaderos sanitarios que ya analizamos o el más ambicioso proyecto de islas artificiales, presentado también en 1894.³⁸⁰

³⁷⁷ *Departamento Nacional de Higiene* (1894):475.

³⁷⁸ *Departamento Nacional de Higiene* (1894):474. En portugués en el original.

³⁷⁹ Bjerg (2009): 22.

³⁸⁰ *Departamento Nacional de Higiene* (1894):417.

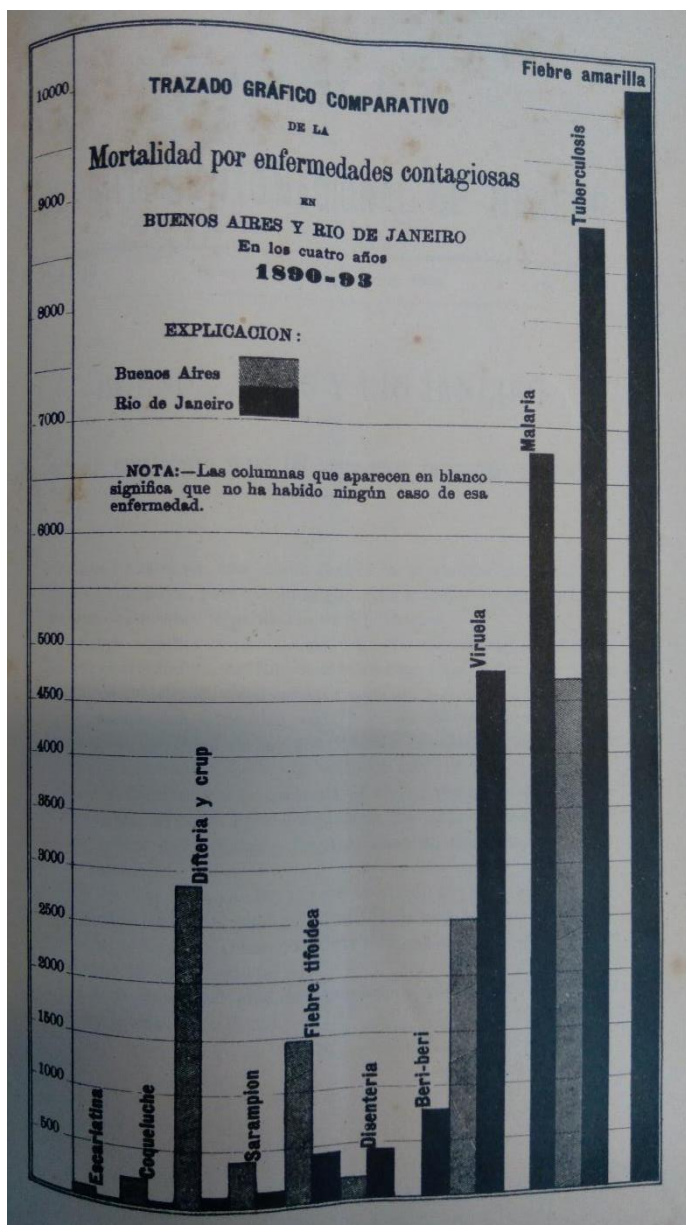


Figura 5.30: Dr. Portugal: Trazado grafico comparativo de la mortalidad por enfermedades contagiosas de Buenos Aires y Rio de Janeiro en los cuatro años 1890-1893. Fuente: *Departamento Nacional de Higiene* (1894):520.

Este proyecto de Enrique Revilla planteaba la creación de dos islas de 50.000 m² cada una en el Rio de la Plata, entre Banco Ortiz y Banco Chico. Una de ellas se destinaria a observación y la otra a lazareto, dejando un canal intermedio con profundidad suficiente para barcos de cualquier calado, facilidades de aprovisionamiento y vigilancia sanitaria; situación que superaba las condiciones actuales de la Isla Martin García cuya designación como apostadero sanitario era calificada como de necesidad y en ningún caso como una elección.³⁸¹ Los estudios recientes sobre la presencia de agentes patógenos en el agua habilitaban a pensar otra deficiencia del actual lazareto. Las corrientes de los ríos Paraná y Uruguay se bifurcaban al pasar por Martin García, y luego una de ellas continuaba en las proximidades de la toma de agua que

³⁸¹ *Departamento Nacional de Higiene* (1894):418.

bebía la población de la ciudad. Si bien el diagnóstico admitía que este riesgo era muy remoto, también era cierto que debía intentarse alejar todo posible foco de contagio, especialmente durante la *Sudestada*, cuando el cambio en los vientos podría provocar la llegada de esos agentes patógenos a las costas de centros de población más cercanos a la isla, como San Fernando, Tigre o Las Conchas. El proyecto de islas artificiales solucionaría este problema, en tanto que estas se encontrarían “aguas abajo” en relación con la ciudad y la desembocadura del Paraná y el Uruguay, pero a una distancia corta tanto de Buenos Aires como de La Plata lo cual no encarecería significativamente los costos de traslado y facilitaría el aprovisionamiento diario. Recordemos que un proyecto anterior para la ubicación de un lazareto sugería dos islas cercanas a Bahía Blanca (**Figura 5.31**).

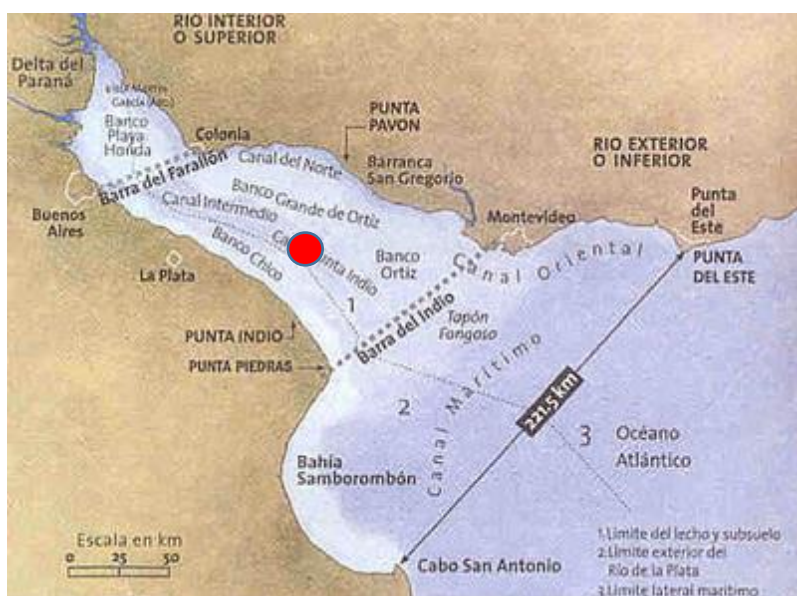


Figura 5.31: Ubicación de los bancos de Ortiz y Chico. En rojo, ubicación aproximada de las islas artificiales. Puede verse que estas estarían localizadas aguas abajo en relación con Buenos Aires y La Plata. Fuente: CIMA-CONICET.³⁸²

Según Revilla la suma total a invertir sería de dos millones de pesos oro que podrían resultar un monto importante pero que brindarían una solución definitiva, al contrario de las instalaciones deficientes de Martín García que ya habían demandado novecientos mil pesos oro entre reparaciones, ampliaciones o reconstrucciones.³⁸³ Según el autor esa inversión además hubiera evitado las distintas epidemias sufridas en el país al dejar las enfermedades en la rada exterior. Claramente para él se trataban de males importados.

En este capítulo hemos abordado el inicio de un proceso de transformación de la profilaxia a nivel global que, en el caso de la ciudad de Buenos Aires, involucró distintos proyectos y programas arquitectónicos. En dicha transformación la desinfección constituiría la

³⁸² Recuperado de <http://www.cima.fcen.uba.ar/reportaje.php?n=15>.

³⁸³ *Departamento Nacional de Higiene* (1894):421.

medida sanitaria científica y moderna, capaz de prevenir la propagación de enfermedades infecciosas, como parte del desarrollo de la bacteriología y la microbiología. Así, y a pesar de ciertas resistencias iniciales, este método que empezó siendo esencialmente una medida profiláctica marítima comenzó a definir nuevas prácticas en la ciudad y el territorio. A pesar de que la etiología y forma de transmisión de algunas de las enfermedades más amenazantes aún no habían sido precisadas con seguridad, progresivamente diversas potencias comenzaron a sustituir las medidas sanitarias restrictivas por estas nuevas prácticas que permitían la circulación de productos y objetos, evitando de esta manera algunos de los conflictos diplomáticos previos y que tomaban un lugar importante en los Congresos Sanitarios Internacionales.

En Buenos Aires esto se tradujo en la importación de dispositivos tecnológicos de vanguardia, como estufas y pulverizadores fabricados en Europa, en combinación con nuevos programas arquitectónicos nunca vistos en la región, como los lavaderos públicos y las estaciones de desinfección que se constituyeron en establecimientos modelo para otras ciudades del país y la región. Especialmente estos últimos fueron los que permiten pensar en una migración de las medidas de sanidad del puerto a la ciudad, con la práctica de la desinfección domiciliaria como estrategia de profilaxia urbana. Así los nuevos instrumentos técnicos y las sustancias químicas de sanitización, presentes en lazaretos y hospitales, llegaron a los conventillos y casas particulares, como también a intentar modificar prácticas tan habituales como el lavado de ropas.

Este proceso también implicó la actualización de programas existentes. Una nueva Casa de Aislamiento fue proyectada para sustituir al antiguo y temporal establecimiento por una institución moderna, a la altura de modelos internacionales de vanguardia que incluían a los dispositivos técnicos de desinfección. Su ubicación dentro de la ciudad fue definida estratégicamente para agruparla junto con otros programas de aislamiento o considerados nocivos para el medio urbano. El lazareto de la Isla Martín García también fue repensado con el objetivo de que, con la incorporación de estos dispositivos, dejara de ser simplemente un espacio de cuarentena para ser una moderna estación sanitaria de desinfección.

Sin embargo, ese proceso no fue lineal ni inmediato. Resistencias propias de las tradiciones locales demoraron la incorporación de nuevas prácticas y la transformación de las existentes. Por otro lado, dificultades presupuestarias impidieron y retrasaron que la infraestructura sanitaria alcanzara rápidamente las dimensiones consideradas necesarias para dar respuesta a la demanda urbana frente a un riesgo epidémico. Los nuevos establecimientos no se terminaban y no se adquirían la cantidad de equipos necesarios para sanitizar a la totalidad de la ciudad.

A pesar de esto el Gobierno Nacional decidió a fines del siglo XIX suspender las cuarentenas como medida de profilaxis. En el próximo capítulo veremos como este desfasaje entre el funcionamiento esperado y las condiciones materiales reales generaron dificultades para la real prevención y gestión del primer brote de peste en nuestro territorio. Paradójicamente dicho evento sería el que le diera vital impulso a las medidas de profilaxia con la desinfección urbana como punta de lanza en las primeras décadas del siglo XX.

CAPITULO 6

EL ÚLTIMO BARCO

“(...) este Departamento considera llegado el momento de iniciar una nueva orientación en la política sanitaria, que tienda a dar preferencia a sus problemas de higiene interna, supeditados hasta ahora a los de sanidad marítima.” Carlos Malbrán, 1907.³⁸⁴

En este último capítulo veremos el final de un proceso en cual las cuarentenas fueron abolidas definitivamente como medida profiláctica en nuestro país. Esta decisión fue tomada por las autoridades locales basados en los adelantos de la higiene y las condiciones sanitarias alcanzadas principalmente en la capital, el más importante puerto nacional, pero también impulsados por un contexto global en el que las principales ciudades del mundo abandonaban las cuarentenas en favor de métodos tecnocientíficos, principalmente la desinfección, utilizando diferentes dispositivos y agentes químicos.

El grado de organización regional, en especial luego de los acuerdos de la conferencia de Rio de Janeiro, también permitía pensar en que el sistema presente en el Atlántico sudamericano podría resolver posibles brotes infecciosos utilizando métodos diferentes a las medidas de rigor empleadas antaño, las cuales eran vistas como anticuadas y propias de un pasado no ilustrado.

Sin embargo, dos significativos episodios epidémicos pondrían en crisis todas estas afirmaciones poniendo sobre la mesa algo que tal vez debiera resultar evidente: sanear la capital no equivalía a sanear el país. En efecto existían grandes diferencias en materia de higiene entre la ciudad de Buenos Aires y otros centros urbanos del interior. Esto derivó en que en el cambio de siglo un episodio de cólera y otro de peste bubónica llegaran a Buenos Aires, pero no directamente desde los barcos, sino por el tráfico interno, utilizando otros medios como las nuevas líneas del ferrocarril.

El cambio de siglo marcará el desarrollo de nuevos proyectos arquitectónicos y de innovaciones tecnocientíficas, que buscaran que la nación abrace definitivamente una profilaxis moderna de eficacia comprobada. Estos avances permitirían dejar a las cuarentenas y demás medidas de rigor como un hecho del pasado.

³⁸⁴ Departamento Nacional de Higiene (1907):.487.

6.1.- La abolición de las cuarentenas

A pesar de estas falencias en la infraestructura sanitaria y la imprecisión sobre la etiología de algunas enfermedades infecciosas, en marzo de 1895 José María Ramos Mejía, Alberto Costa, José Penna, Enrique Revilla y Francisco Álvarez presentaron al Consejo Nacional de Higiene un proyecto de ley que planteaba la suspensión de las cuarentenas como medida de profilaxis, el cual fue sancionado en abril de ese mismo año.³⁸⁵ En sus considerandos, la ley mencionaba el reemplazo por parte de “todas las naciones” de los antiguos sistemas sanitarios por procedimientos más en armonía con los progresos de la higiene y la medicina etiológica como la inspección médica, la desinfección y la vigilancia de los viajeros que no afectaban la libertad de comercio. En ese sentido citaban a la Convención de Dresde, a la que ya nos referimos previamente, en la cual se asentaban las bases de la profilaxis de los países civilizados y que en Europa se habían puesto en práctica con éxito. Se reconocía que, en el caso de la fiebre amarilla, aun no se había aislado al germen que producía la enfermedad, pero la experiencia de Nueva Orleans donde esta era endémica y solo se habían presentado casos aislados desde la aplicación de estas medidas servía como antecedente válido para aplicar medidas análogas localmente.

También se afirmaba que el DNH contaba con una organización apropiada y personal apto para la higienización completa de cualquier navío a su llegada al puerto de Buenos Aires, el cual estaba en condiciones de dar todas las garantías contra la importación de enfermedades exóticas.³⁸⁶ Como vimos previamente, esta afirmación no era del todo precisa considerando la infraestructura sanitaria efectiva y el personal existente en el departamento.

Resulta interesante contrastar esto con la capacidad de respuesta real que tenía el DNH frente a un brote epidémico. Y es que este proyecto de ley no fue elaborado en un contexto libre de infección que además exhibió a las claras las disparidades entre distintas ciudades del país.

En noviembre de 1894 se habían producido una serie de posibles casos de cólera en la ciudad de Rosario, por lo que fue enviado allí el inspector de sanidad del DNH, Federico Zavaleta, que informaba a sus superiores sobre la evolución del brote. Los primeros casos fueron desestimados como gastroenteritis o indigestión, y diversas muestras de pacientes fallecidos fueron enviadas para su estudio bacteriológico en la capital. En la medida que la epidemia se fue desarrollando, los intercambios epistolares fueron adquiriendo un grado de preocupación

³⁸⁵ *República Argentina* (1895):502.

³⁸⁶ *República Argentina* (1895):503.

creciente cuando nuevos casos comenzaron a aparecer en las ciudades cercanas, como Colastiné y Santa Fe. En esos telegramas, y en el carácter de “Urgente” con el que prácticamente todos fueron remitidos, también pueden apreciarse la desesperación ante la ausencia de instalaciones y equipos sanitarios para hacer frente a lo que lentamente adquirió el carácter de una epidemia.

Ante la discrepancia entre la prensa y los informes de las autoridades sanitarias argentinas el gobierno uruguayo envió a Santa Fe un delegado sanitario propio, que pudiera remitir información precisa de manera de implementar o no medidas sanitarias frente a los buques procedentes de la Argentina. Con ese fin el 16 de diciembre el Dr. Fernández Espiro se trasladó primero desde Montevideo a Santa Fe, dirigiéndose luego a los diversos puntos donde la enfermedad se desarrolló. Cabe aclarar que tanto en Rosario como en Santa Fe residían cónsules orientales que informaban con regularidad a la república vecina.³⁸⁷

El 23 de diciembre el director del DNH, José María Ramos Mejía, le informaba a José Penna que al día siguiente saldría para Santa Fe para organizar una recorrida por las colonias de inmigrantes venidos de Europa, y que había encargado al Dr. Juan G. Allende, delegado del DNH, la inspección sanitaria en buques y trenes. Este por su parte había encargado la desinfección y saneamiento de los ranchos y conventillos de los suburbios.

A su llegada a Santa Fe, Ramos Mejía se reunió con el intendente, el presidente del Consejo de Higiene local, el director de la Asistencia Pública de la ciudad y varios representantes de la prensa. En esa reunión expuso la situación general de la provincia y de Rosario en particular, que podía estar amenazada si las medidas sanitarias necesarias no se llevaban adelante. Estas consistían en el saneamiento de los barrios más antihigiénicos, inspección municipal de la alimentación pública, inspección de los conventillos y cuidado del agua de consumo. Asimismo, se estaba trabajando en la apertura de un lazareto con capacidad para aislar a 300 enfermos, que finalmente fue abierto el 26 de diciembre, y en proveer de equipamiento necesario al Hospital Flotante *Rodolfo del Viso* que se trasladaría desde Buenos Aires.³⁸⁸ Allende solicitaba además una ambulancia para el traslado de ropa sucia y limpia, dos pulverizadores y una estufa *Geneste-Hersher*, para poner en funcionamiento un servicio de desinfección similar al de la capital.³⁸⁹ Este servicio de desinfección de ropas fue puesto en funcionamiento recién a fines de enero, utilizando la estufa del *Rodolfo del Viso*. También se necesitaba un vapor de inspección para el puerto de Rosario, donde la ausencia absoluta de

³⁸⁷ Según el informe del delegado uruguayo los señores Zavalla y Riso eran los cónsules designados en Rosario y Santa Fe respectivamente. *Anales del Departamento Nacional de Higiene* (1896):45.

³⁸⁸ En la memoria se señala que el barco que se trasladaría era el lazareto flotante *Rosetti*, nombre anterior que tenía el Hospital Flotante *Rodolfo del Viso*. *Memoria del Ministerio del Interior* (1889):399.

³⁸⁹ *Departamento Nacional de Higiene* (1895):142.

medios de transporte hacía imposible la fiscalización y la aplicación de medidas sanitarias a las embarcaciones. Otros equipos se necesitaban para la instalación de estaciones de desinfección en las principales estaciones del ferrocarril.

Recién a mediados de enero los intercambios epistolares dejaron de hablar de casos de gastroenteritis para pasar a dar cuenta de casos positivos de cólera. Según un informe elaborado por Telémaco Susini la primera semana de febrero, se registraba un total de 117 enfermos denunciados de los cuales fallecieron 79. Sin embargo, informes posteriores demostrarían que la epidemia tuvo un mayor alcance, con casos detectados en Córdoba, San Nicolás, Melchor Romero, Mercedes, Giles, San Pedro, Ramallo, Zárate, Las Conchas, Mercedes, Rojas, Pergamino, Tigre, Tortugas, Villa Constitución y San Francisco.³⁹⁰ Esa lógica de propagación permitía pensar en un avance de la enfermedad facilitado por el ferrocarril (**Figura 6.1**).



Figura 6.1: Fragmento del plano titulado Ferrocarril de Buenos Aires y Rosario, correspondiente al FCBAR también denominada Buenos Aires & Rosario Railway. 1892. Puede verse que muchos de los puntos donde el cólera se propago coinciden con estaciones de tren. Fuente: Impreso por la compañía Kidd y Cia.

El informe de Susini además denunciaba la permanencia de algunas resistencias a la teoría bacteriológica que permitía lograr un diagnóstico más certero que con otros métodos. Se mencionaban cuatro formas de diagnóstico posible: carácter clínico de la enfermedad, lesiones anatómo-patológicas en los pacientes, carácter epidemiológico y examen bacteriológico. Para el autor, este último "(...) con exclusión de cualquier otro permite el diagnóstico en los enfermos

³⁹⁰ Departamento Nacional de Higiene (1895):87.

sospechosos, porque es de aplicación diaria e imprescindible, porque domina la profilaxia y es el único seguro.”³⁹¹ Esto era importante destacarlo ya que para Susini:

“(…) se ha extraviado la opinión pública, repitiéndose hoy lo que sucedió en el año 1887 en que los diarios publicaron artículos de médicos, algunos de ellos quizás competentes para asistir enfermos, pero completamente ajenos a la bacteriología, negando la existencia del bacilo de Koch, empleando argumentos que reproducidos hoy revela que las autoridades sanitarias siempre encontrarán obstáculos por causas que obran permanentemente, que no está en ellos remover, y que dada la ilustración creciente, irán desapareciendo.”³⁹²

Entre otros se refería a los médicos de la Oficina Química de la Provincia de Buenos Aires que no encontraban evidencias en las muestras obtenidas que pudieran afirmar que los enfermos sufrían de cólera. Según el doctor Ángel Arce Peñalva, autoridad del Consejo de Higiene de La Plata, a dicha oficina “(…) le pasa lo que a aquellos sabios que no quieren saber nada del bacterio del cólera; no son, pues, bacteriologistas: su sabiduría corresponde a otro orden, pero tienen en la discusión sobre el cólera una gran ventaja. Hacen lo mismo que otras personas que no entienden de una cosa: hablan sobre ella con una precisión y una seguridad que, a los profanos, en este caso, los no bacteriologistas, debe imponerles y que seguramente siempre les ha impuesto así.”³⁹³

El informe detallaba ampliamente las condiciones sanitarias de las locaciones donde se produjo la enfermedad. En todas ellas la población afectada fue la más pobre, cuyas condiciones higiénicas, habitacionales y de alimentación eran las más desfavorables. El acceso al agua era desde riachos contaminados o, en el caso de Rosario, agua corriente obtenida mediante un proceso de potabilización deficientes. Por estos motivos prácticamente se descartaba la explicación de una posible importación por vía marítima o fluvial, ya que los buques recibían un tratamiento sanitario acorde, no habían registrado enfermos a bordo, ningún afectado había llegado recientemente y se presentaban solo algunos casos en Buenos Aires.³⁹⁴

Las diferencias entre lógicas de diagnóstico no eran el único problema para hacer frente a un brote como este. La organización del DNH a nivel nacional alternaba entre dos visiones, una que otorgaría autoridad suprema al DNH en todo el territorio, y una segunda que respetaba las autonomías federales para las provincias. Para Susini, en el caso de los episodios recientes, esto

³⁹¹ *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 90.

³⁹² *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 90.

³⁹³ *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 307.

³⁹⁴ *Departamento Nacional de Higiene* (1895):99.

se tradujo en una “anarquía sanitaria completa” en la que cada autoridad local tomaba diferentes medidas.

Por ejemplo, la Municipalidad de Paraná había impuesto cuarentenas para las procedencias de Santa Fe y Rosario, mientras que la ciudad de Buenos Aires apostaba a la desinfección de ropas, mediante estufas, y de los pasajeros, utilizando pulverizadores de bicloruro de mercurio. Cabe aclarar aquí que las cuarentenas en Paraná duraron solo tres días, desde el 2 hasta el 5 de enero, cuando fueron sustituidas por desinfección utilizando bicloruro de hidrargirio para las ropas y buques, gas sulfuroso y lechada de cal. Además, se distribuía a los pasajeros un certificado de identidad el cual tenía obligación de presentar durante 8 días al médico municipal.³⁹⁵ Aproximadamente 50 pasajeros diarios y 45 embarcaciones pasaron por este procedimiento durante la estadía del enviado por el DNH, el doctor Cesáreo Urquiola, que arribó a Paraná el 2 de enero y dejó la ciudad 14 días después.

Una denuncia similar a la de Susini la enunciaba el doctor Carlos Benítez, enviado en este caso a Corrientes a fines de 1894. En su viaje de seis días presenció “(...) la anarquía que reinaba en las medidas tomadas por las diversas autoridades de las provincias intermedias”. Según Benítez, mientras que en La Paz se sometía a los pasajeros a fumigación con vapores sulfurosos, en Goya se les imponían cuarentenas de rigor de 10 días a los buques procedentes de Santa Fe, Entre Ríos y Buenos Aires, debiendo cumplirlas en instalaciones más que deficientes. Durante su estadía debió designar entonces un lugar para la instalación de un lazareto, otro espacio para los cuarentenarios; siendo que ambos debían estar a 15 cuadras del pueblo para garantizar el aislamiento severo.³⁹⁶

Esta autonomía de las provincias frente al DNH también puede verse en el caso de la ciudad de Buenos Aires, que no tenía por costumbre remitir sus informes sanitarios al organismo. Unos pocos días después del informe de la Oficina Sanitaria se recibió la información de las autoridades sanitarias de la capital. Dicha información socavaba algunas de las conclusiones a las que había llegado Susini. Lejos de no presentar casos, la ciudad registraba enfermos desde diciembre, incluyendo algunos provenientes de la Inspección Sanitaria del Puerto. Uno de ellos justamente era Luis Ferrari, marinero del barco *Nuevo Trocadero* que procedía de Corrientes y había hecho escala en Rosario. Este y otros casos sospechosos fueron trasladados a la Casa de Aislamiento, luego comprobando la presencia del bacilo mediante análisis de las deyecciones en el laboratorio bacteriológico.

³⁹⁵ *Departamento Nacional de Higiene* (1895):315.

³⁹⁶ *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 321.

El informe sanitario de la capital acusaba 132 denuncias de casos sospechosos provenientes de diversos sectores de la ciudad, incluyendo el puerto, donde 65 casos fueron detectados en 43 barcos, y el Hospicio de las Mercedes, desde donde se trasladaron 75 pacientes a la Casa de Aislamiento. Allí 50 fueron diagnosticados como casos de cólera. En caso de que las familias no quisieran el traslado del paciente a la institución entonces la ASyAP designaba a dos guardias de servicio, uno en el interior y otro en el exterior de la casa, que garantizaban su aislamiento.³⁹⁷

Existía claramente un problema en la comunicación entre las autoridades municipales de la capital y las del DNH, lo cual redundaba en errores de análisis global de la situación por la falta de información. Las autoridades del DNH venían trabajando desde hacía algunos años en una ley de profilaxia, que respetara las autonomías provinciales, pero que a la vez tradujera en acción las disposiciones del DNH para que no fuera únicamente un órgano consultivo. Para Susini, era necesario que este contara con inspectores de sanidad instruidos, especialmente en higiene, que aplicarían una serie de medidas concretas: conocimiento de todos los casos obligando a la denuncia de enfermos sospechosos e inspecciones domiciliarias; comprobación de la enfermedad mediante examen clínico, bacteriológico o autopsia; aislamiento de los enfermos, casos sospechosos y desinfección química de los objetos susceptibles de transmitir el mal; poner a los sanos en condiciones seguras; a la vez velar porque el movimiento comercial no sufriera el menor daño ni que se pusieran trabas inútiles al transporte de personas; y finalmente evitar la irradiación de la enfermedad a otros puntos del país.

Aun con las limitaciones señaladas, Susini apostaba a un nuevo sistema sanitario libre de las antiguas medidas de rigor y acorde con los modelos de las naciones avanzadas. Por eso se permitía criticar a Brasil que frente a la aparición de la enfermedad ordenó cuarentenas para las procedencias argentinas. Nuestro país ya no estipulaba ninguna limitación a la importación de las procedencias del Brasil por lo que, para Susini, se debía elevar un reclamo "(...) a fin de obtener un tratamiento igual al que imponemos a sus puertos y que es el más conveniente para nuestros países".³⁹⁸

A pesar de las dificultades que hemos observado en el manejo de este brote de colera, el 6 de marzo de 1895 se discutió en el Consejo Nacional de Higiene el proyecto de supresión de cuarentenas que mencionamos al principio de este capítulo. En esta propuesta se afirmaba que se podía garantizar la salud pública sin perjudicar al comercio con prolongadas cuarentenas

³⁹⁷ *Departamento Nacional de Higiene* (1896):42.

³⁹⁸ *Departamento Nacional de Higiene* (1895):115.

siempre y cuando se aplicaran con rigurosidad las medidas higiénicas a todo buque que llegara, sin importar el estado sanitario del puerto de partida.³⁹⁹ Este sistema sería posible gracias a los avances de la profilaxia moderna y podría ser puesto en práctica si en los principales puertos de la República y estaciones de ferrocarril se instalaran estaciones sanitarias. Las instalaciones de Martín García se utilizarían para desinfección en dos casos. Si el barco llegado a puerto procedía o había hecho escala en puerto europeo sucio o sospechoso y llevara a bordo una elevada cantidad de pasajeros de proa. En tal caso debían desembarcar en la isla para la desinfección del personal, de las ropas, equipajes y de la propia embarcación. En segundo lugar, si el barco llegara a la rada teniendo a bordo casos sospechosos o confirmados de enfermedad exótica se trasladarían los enfermos al hospital flotante y la embarcación se trasladaría a Martín García para realizar un procedimiento análogo al anterior.

En el caso de los barcos que hubieran partido desde puertos de Brasil “infectados” o “sospechosos”, o que hayan hecho escala en ellos, estarían sometidos a un periodo de observación en el puerto a excepción de los pasajeros de primera clase que podrían desembarcar y estarían bajo vigilancia de las autoridades sanitarias. Todos los productos de los mercados brasileros tendrían entrada libre.

Sometido a debate, Telémaco Susini presentó numerosos argumentos en contra del proyecto, por considerar que sacrificaba los intereses de la salud pública frente a los de las compañías de navegación.⁴⁰⁰ Además consideraba las manifestaciones publicadas en los periódicos políticos en contra del Reglamento Sanitario existente y la Convención de Río de Janeiro, y a favor de las políticas liberales de otros países como Inglaterra y Estados Unidos como infundados, incluyendo a las declaraciones del Ministro del Interior, Benjamín Zorrilla, por no tener el conocimiento médico necesario.

Susini seguía defendiendo la teoría de que los gérmenes que provocaban las enfermedades infecciosas, incluyendo el cólera y la fiebre amarilla, provenían del exterior más precisamente desde Europa. Era un deber entonces impedir la importación de esos gérmenes:

“(…) ahí están las diversas epidemias que tanto daño han causado a nuestro país, para indicarnos cual es nuestro deber, ahí está la lucha constante, sostenida por el Departamento contra la fiebre amarilla y el cólera, seguida de resultados positivos mientras ha sido guiado por principios y métodos que hoy va a repudiar, y que, no obstante, nos enseñan elocuentemente cual es el camino que debemos seguir.”⁴⁰¹

³⁹⁹ *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 369.

⁴⁰⁰ *Departamento Nacional de Higiene* (1895):372.

⁴⁰¹ *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 374.

En este argumento cuestionaba el peso otorgado a la desinfección en el nuevo proyecto. Para Susini la desinfección no era la profilaxia en sí, sino uno de los medios que contribuían a lograrla. En eso se debían tener en cuenta las distintas dificultades a la hora de aplicar el procedimiento a un objeto, un buque o una persona; siendo que a esta última no se la podía ingresar dentro de una estufa o esterilizarla interiormente.

El juicio más interesante de Susini se centraba en las estaciones de desinfección, a las cuales juzgaba como el sistema sanitario “primitivo y deprimente” de la ASyAP.⁴⁰²

“(…) El proyecto no tiene en cuenta sino a la ciudad de Buenos Aires, y aun esto de manera superficial; ignoran sus autores que en la mayor parte de las provincias no existe ni aun el embrión de instituciones organización sanitaria, porque no tienen elementos para ello; olvidan o corren un velo a lo que tan elocuentemente les ha enseñado la epidemia actual, que sin la acción del central del DNH no hay profilaxia alguna y que esa acción es trabada a cada momento por las resistencias y los celos locales.(…) Olvidan que el Director de la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires, de la Capital Federal, ocultaba al Consejo los datos sobre el cólera y le negaba su existencia.”⁴⁰³

Como mencionamos previamente la disparidad en infraestructura sanitaria a nivel nacional era evidente y para Susini representaba motivo suficiente para considerar inviable el proyecto que se trataba. Muchas ciudades del interior no tenían agua potable, ni cloacas, algunas no contaban siquiera con casas de aislamiento u hospitales. El DNH debía principalmente ser una institución nacional y no metropolitana, que debía velar por la salud de toda la República y no solo por la de la ciudad de Buenos Aires.⁴⁰⁴

Por otra parte, para el médico cabía hacer una aclaración: la Argentina ya no tenía cuarentenas en el sentido de aquellas propias del antiguo sistema veneciano. Susini afirmaba que con el uso de esta palabra se trataba de demonizar al sistema vigente asociándolo a unas medidas ya condenadas y reprobadas por todo el mundo.⁴⁰⁵ La principal diferencia radicaba en que al contrario del sistema de cuarentenas que consideraba primordialmente al puerto de procedencia, el que actualmente se empleaba se asentaba en la inspección sanitaria y el estado de la embarcación; que inclusive permitía su entrada habiendo partido de puertos sucios si se verificaban sus condiciones sanitarias. Susini llamaba a no confundir una “cuarentena” con un “periodo de aislamiento y observación”, el cual era necesario en el caso del cólera, ya que en

⁴⁰² *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 376.

⁴⁰³ *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 376.

⁴⁰⁴ *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 377.

⁴⁰⁵ *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 377.

“(…) el estado actual de la ciencia ningún médico puede reconocer el estado de incubación del cólera” sino mediante una observación de varios días.⁴⁰⁶

La misma salvedad había sido hecha por Koch en la Convención Sanitaria de Roma a la que ya nos hemos referido. La postura de los que proponían el nuevo proyecto parecía tener como norte al *English System*, mientras que Susini estaba más cerca de la postura que habían votado los otros 18 países participantes.⁴⁰⁷

Asimismo, al comparar el reglamento sanitario argentino con el propuesto en la última convención sanitaria europea, es decir la de Dresde que se había centrado en frenar la propagación del cólera en el viejo continente sin interrumpir el comercio, no se encontraban grandes diferencias excepto por dos factores: la inmigración y la presencia de inspectores sanitarios de los gobiernos y no de las compañías de navegación. Como vimos, esto último no fue aceptado en Europa, pero fue aprobado y ratificado en el caso sudamericano. La ausencia de estos inspectores en el nuevo proyecto fue motivo de constantes señalamientos por parte de Susini contra sus autores, que en la convención de Rio de Janeiro habían defendido esta estrategia y ahora parecían ceder terreno a las presiones diplomáticas y comerciales. Dichas presiones parecen ser mayores a las señaladas por el informe sobre los inspectores nacionales de navío elaborado por José Astigueta y dirigido al Ministro de Relaciones Exteriores, Norberto Costa. Allí se aseguraba que solo una compañía francesa, llamada *Mensajerías Marítimas*, se negaba a la presencia a bordo de un inspector sanitario de navío extranjero; mientras que el resto de las compañías se habían acogido a la Convención firmada por Argentina, Brasil y Uruguay; incluyendo la adquisición de equipos de desinfección.⁴⁰⁸

La experiencia del puerto parecía apoyar los reparos de Susini. Se habían dado casos en que los empleados del DNH habían encontrado enfermos de fiebre amarilla, casi moribundos, que habían sido ocultados a bordo para evitar la aplicación de medidas sanitarias y multas, que podían derivar inclusive en la anulación del privilegio de paquete.⁴⁰⁹ Esta sanción se aplicaba cuando la compañía de navegación había incurrido en una contravención a la ley de inmigración, la cual disponía que las embarcaciones con destino a Buenos Aires tenían prohibido embarcar pasajeros en puertos donde reinara enfermedad epidémica, como solía ser Rio de Janeiro

⁴⁰⁶ *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 379.

⁴⁰⁷ A modo de recordatorio dicho sistema fue apoyado por Alemania, Austria Hungría, Brasil, Dinamarca, España, Estados Unidos, Francia, Italia, Rusia, Suecia, Noruega, Suiza y Portugal. El *English System* fue apoyado por Inglaterra e India.

⁴⁰⁸ *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 561.

⁴⁰⁹ *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 386.

durante los meses de verano.⁴¹⁰ Prácticamente la necesidad de vigilar de cerca el arribo de las embarcaciones provenientes de Brasil resulta una constante en las *Memorias de la Dirección General de Inmigración*. En otros casos la presencia de una enfermedad contagiosa como el sarampión se combinaba con buques en estado de desaseo, sin ventilaciones, con elementos de salvataje deficientes, sin enfermería ni medicamentos.⁴¹¹ Lo mismo habían registrado las autoridades de la Junta de Sanidad de Montevideo y por eso habían apoyado la creación del cargo de inspector en la convención de Rio de Janeiro.

Se debía pensar en que un navío de inmigrantes "(...) traía 500, 1.000 o más, amontonados como si fueran carga, sucios, mal alimentados, sin hospital ni local de aislamiento" y que no se aplicaban los mismos controles en los puertos de salida a un barco que iba a otro punto de Europa con respecto a los que se dirigían a América.⁴¹²

Esto no era solo planteado por Susini, sino que también lo habían introducido en el temario los delegados estadounidenses en la última conferencia europea, ocurrida en París en 1894, asegurando que si los gobiernos europeos no reforzaban los controles a los barcos de emigrantes entonces no quedaría más remedio que aplicarles cuarentenas estrictas a su llegada a los Estados Unidos. En el medio local algunos buques ya eran conocidos por su falta de medidas sanitarias, como por ejemplo el *Carlo R.*, por lo que fueron multados en repetidas oportunidades en el puerto de Buenos Aires y también en el de Rio de Janeiro.⁴¹³ Aun así no recibían un control más exhaustivo a su salida de Europa.

En la Conferencia de París se había aprobado la implementación al momento del embarque de visita médica y desinfección obligatoria para todos los pasajeros, así como también un periodo de observación si en el puerto se encontraban casos de cólera. Esta propuesta ponía la atención en el momento de inicio del viaje, lo cual podría alivianar el control en su destino final. Aunque al igual que sucedió con las conferencias anteriores, restaba ver si los países suscribientes luego ratificaban la decisión con fuerza de ley.

Quien recogió el guante ante estas acusaciones fue José Penna, aunque podríamos afirmar que su defensa frente a los argumentos de Susini resultaba incompleta. Afirmaba Penna

⁴¹⁰ Departamento General de Inmigración (1891):41. En 1901 esta sanción fue aplicada a los vapores *Dordogne* y *Cordouan*.

⁴¹¹ Departamento General de Inmigración (1890):24. Departamento General de Inmigración (1893):40. En 1893 fueron aplicadas multas a las embarcaciones *Alice*, *Elisa*, *Cidade do Porto* y *Pedro III* por las condiciones de transporte de los pasajeros, falta de camas, el mal estado de los alimentos y la falta de higiene.

⁴¹² *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 388.

⁴¹³ *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 389. El caso del *Carlo R.* en el puerto de Rio de Janeiro y en el lazareto de Illha Grande fue trabajo por Fernanda Rebelo Pinto. Rebelo Pinto (2013).

que él había firmado un proyecto sin intenciones políticas y “(...) cuya idea fundamental es la libertad y cuyo propósito único es la defensa de la salud pública, y sobre todo y como su derivado, el libre comercio de nuestro país oprimido hasta ahora por un sistema sanitario que nada justifica actualmente”.⁴¹⁴ Prefería llevar la discusión al terreno de la epidemiología donde afirmaba que un estudio de las epidemias que habían acontecido en el país daba argumentos para apoyar el nuevo proyecto. Cabe señalar que este recuento histórico que esbozado por Penna solo se centró en los episodios de fiebre amarilla, desde la primera en el Río de la Plata ocurrida en 1857 en Montevideo. Penna afirmaba la existencia de una “resistencia local para admitir la evolución y el crecimiento de sus agentes.”⁴¹⁵ Los episodios tempranos de la fiebre amarilla en Buenos Aires, cuando las medidas de profilaxia eran muy limitadas y aun así la enfermedad no se había propagado y por el contrario se había extinguido rápidamente, serían pruebas de dicha suposición.

Claramente la epidemia de 1871 parece anular este argumento, pero Penna atribuía la magnitud que tuvo este episodio al abandono de todas las reglas de profilaxia conocidas y a la delación para actuar en forma efectiva mientras que se llevaban adelante los festejos del carnaval. Los casos posteriores por el contrario demostraban la dificultad de propagación de la enfermedad por las condiciones propias del territorio y se la enfrentaba tempranamente:

“(...) epidemias importadas del Brasil, nacen, se desarrollan y mueren atacando relativamente a pocas personas ¿Por qué? ¿Han sufrido la acción destructora de la desinfección? No ¿Han sufrido el aislamiento y los efectos de una profilaxia sistemada y suficiente? No. Entonces admitamos que, si la fiebre amarilla ha llegado alguna vez a tomar un crecimiento inusitado y a mostrarse como una enfermedad popular elevada a la categoría de azote, la causa y la culpa está en el abandono total de todo sistema sanitario conocido.”⁴¹⁶

La fiebre amarilla para Penna no debía ser una enfermedad a la cual temer. Era posible defenderse mediante la desinfección prolija, el saneamiento urbano y la fundación de estaciones sanitarias en los puertos. Considerando que la fiebre era una enfermedad del litoral estas acciones debían realizarse especialmente allí y complementarse con la erección de hospitales de aislamiento y servicios de investigación de los casos producidos.

Con escasas modificaciones, que les daban un mayor protagonismo a los inspectores sanitarios, el proyecto fue aprobado por el Consejo de Higiene el 12 de marzo de 1895, siendo

⁴¹⁴ *Departamento Nacional de Higiene* (1895):409.

⁴¹⁵ *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 411.

⁴¹⁶ *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 412.

refrendado con fuerza de ley un mes después por el gobierno nacional.⁴¹⁷ Debe señalarse que entre marzo y junio se siguieron sucediendo casos de cólera en la ciudad de Buenos Aires, siendo ingresados 24 enfermos a la Casa de Aislamiento que se sumaban a los 128 que fueron trasladados en el momento de mayor gravedad de la epidemia. El informe del médico uruguayo enviado por el gobierno oriental señalaba que los focos en la capital se habían producido en La Boca, al igual que en la epidemia de cólera anterior ocurrida en 1886.⁴¹⁸

La *Memoria del Ministerio de Relaciones Exteriores* correspondiente al bienio 1895-1896 señalaban que este nuevo marco de regulación dio muy buenos resultados, en especial durante la temporada calurosa, cuando la presencia de la fiebre amarilla en los puertos del Plata recrudecía ante las procedencias del Brasil, donde la enfermedad era endémica.⁴¹⁹ Con este panorama el gobierno local había iniciado nuevas negociaciones para diseñar un nuevo acuerdo sanitario internacional.

Esta reglamentación también tuvo otro impacto. En el informe sobre el movimiento habido en el lazareto de Martín García su nuevo director, Luis Agote, daba cuenta de la mayor importancia que había adquirido el establecimiento con la eliminación de las cuarentenas en su primer año al frente. La trayectoria de Agote llegaría a ser muy importante tanto el campo médico como en la política, ejerciendo tanto el cargo de diputado como de senador por la provincia de Buenos Aires a principios del siglo XX. Pero en 1895, cuando se hizo cargo de la dirección del lazareto de Martín García, era un joven médico de 27 años que se había recibido de la Universidad de Buenos Aires apenas dos años antes. En su informe afirmaba que en el establecimiento recaía el gran peso de ser el principal servicio de desinfección y aislamiento ante la falta de instalaciones sanitarias en distintos puntos del país.⁴²⁰

Esto no era tarea fácil considerando la infraestructura instalada que consistía principalmente en construcciones de madera mal elaboradas, erigidas en zonas inundables, y la falta de presupuesto, que solo permitía conservar lo existente. Esto derivaba en un gasto constante de mantenimiento que solo podría resolverse con la "(...) modificación radical: el ladrillo por la madera".⁴²¹ La oficina de desinfección, consistente en cuatro estufas *Geneste-Herschel*, era la más demandada. En 1895 había prestado servicios a 3.140 pasajeros y efectuado la desinfección de 10.032 equipajes desinfectados.

⁴¹⁷ *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 415.

⁴¹⁸ *Departamento Nacional de Higiene* (1896):39.

⁴¹⁹ *Ministerio de Relaciones Exteriores* (1895-1896): XXXII.

⁴²⁰ *Departamento Nacional de Higiene* (1896): 76.

⁴²¹ *Departamento Nacional de Higiene* (1896): 76.

Aun así, necesitaba completarse y proceder al recambio de algunos sectores construidos. Debido a la epidemia de cólera también había sido importante el movimiento del sector de cremación, que recibió a 48 fallecidos por esta enfermedad desde Buenos Aires, sumado a otros 13 por fiebre amarilla y en menor número sarampión, viruela, sífilis, neumonía, meningitis, entre otras; dando un total de 72 cremaciones. El mayor déficit parecía ser el alojamiento del personal, que se resolvía con construcciones provisionales o aprovechando algunas antiguas existentes en la isla; y el alambrado, que no permitía la separación con el exterior y entre diferentes grupos de pasajeros, y el muelle cuyo uso actual resultaba peligroso.

Una mirada complementaria sobre este momento del lazareto de Martín García lo constituyen las “Cartas del lazareto”, escritas por Rubén Darío para el periódico *La Nación*. En una serie de notas publicadas en el mes de mayo, Darío ofrece un recorrido del sistema sanitario portuario desde su salida del puerto de Buenos Aires a bordo del vapor *Jenner*, adquirido por el DNH para el transporte sanitario hacia y desde la Isla Martín García. La primera escala de su viaje en el lazareto flotante *Rodolfo del Viso* nos permiten confirmar, en primer lugar, que el sistema de fondeaderos sanitarios ya estaba en funcionamiento. En segundo lugar, a partir de la descripción del *Rodolfo del Viso* como “(...) una barca fondeada negra hasta la línea de flotación, con casillas y dependencias sobre cubierta pintadas de blanco”, habilitan a inferir que la embarcación ha sido intervenida para lograr instalaciones similares al Hospital Flotante británico *Castalia*, del que hablamos en el capítulo anterior.⁴²²

Como parte del servicio del *Jenner* se embarcaron 6 enfermos de cólera y fiebre amarilla para recuperarse en Martín García. Ya cerca de su destino, Darío divisó una serie de construcciones “chatas sobre el lomo de la isla” que constituían todas las instalaciones del lazareto, lo cual confirma el planteo de Llambi de un programa concentrado en un solo sector, no en dos como se mostraba en el plano de Carlos Beyer. Pudo ver un muelle de piedra, bastante deteriorado, los hornos de cremación con su gran chimenea de color rojo, el hospital de enfermedades comunes del mismo color, y algunas instalaciones militares.

Luego del desembarco, Darío fue alojado en el pabellón de 1° clase *Santa Fe*, uno de los tres disponibles con 28 piezas cada uno. Dos cocinas servían a estos tres pabellones. Existían también ocho pabellones de 3° con 472 cuquetas, para las cuales se contaba con tres cocinas. La comida no era “confortable”, solo se servía carne y las verduras y legumbres dependían de la producción de una quinta de la cual no se obtenía nada. Rojas pudo presenciar un procedimiento de cuarentena de pasajeros de 1° clase para los que hubo que solicitar provisiones

⁴²² *La Nación*, (10 de mayo de 1895), Buenos Aires.

urgentemente a Buenos Aires. Lejos de ser rigurosa la estadía de los pasajeros de este paquete inglés parece haber pasado entre partidas de cricket, póker, jornadas de pesca, cacería y cabalgatas, aunque no se hace mención de si estas se realizaban dentro del perímetro del lazareto.

En otra oportunidad pudo observar la cuarentena de pasajeros de 3°, bastante mas numerosa que la anterior, aunque también bastante permisiva. Esta cuarentena coincidió con un fuerte temporal que había destruido el muelle y desarmado parte del tendido de rieles que permitían el desplazamiento de los equipajes. Además, el contingente había llegado por la noche con lo que el traslado a las instalaciones debió hacerse solo con la luz de faroles en ausencia de iluminación eléctrica.⁴²³

Al final Darío ofrecía un balance sobre las instalaciones de la isla. Para mejorar su funcionamiento era necesario la construcción de un hospital o enfermería para enfermedades contagiosas, de manera de lograr la correcta separación de los distintos tipos de pacientes. La enfermería existente se hallaba en pésimas condiciones y demasiado cerca de los galpones de alojamiento, además de que era utilizada para el alojamiento de los peones y sus familias. La iluminación a kerosene parecía un riesgo, considerando que todas las construcciones eran de madera y un incendio era muy fácilmente producible. Lo que parecía funcionar correctamente era el departamento de desinfección, equipado con las cuatro estufas *Geneste-Herschel*, que eran las "(...) más empleadas en Francia", y el servicio de cremación, que se realizaba previa autopsia para confirmar el diagnóstico y siguiendo todos los parámetros de la higiene para evitar la propagación de las enfermedades exóticas.

Ya para este momento en la mirada de algunos médicos estas enfermedades a las que consideraban importadas parecían ser un problema con solución conocida, por lo que el foco de atención se desvió a aquellas enfermedades infecciosas endémicas. Dos informes presentados al final de 1895 en los *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, uno de ellos escrito por José Penna, daban cuenta de las tasas de mortalidad de la viruela, la difteria, la fiebre tifoidea, el sarampión, el coqueluche, la escarlatina y la tuberculosis pulmonar en la ciudad de Buenos Aires en el periodo 1869-1895. Allí se aclaraba que se habían omitido ex profeso las cifras correspondientes a la fiebre amarilla y el cólera por tratarse de enfermedades exóticas y "(...) a las cuales la ciencia cuenta con los medios, sino para extinguirlas, al menos para aminorar el número de víctimas."⁴²⁴ Para combatir estos males endémicos era necesario un mayor número

⁴²³ *La Nación*, (16 de mayo de 1895), Buenos Aires.

⁴²⁴ *Departamento Nacional de Higiene* (1895): 749.

de obras de higienización, el establecimiento de instalaciones sanitarias y el diseño de legislación acorde para guardar la salud y la vida de la población.

6.2.- *Is it the plague?* Buenos Aires ante la peste

La intención de tener una política sanitaria libre de cuarentenas dependía de la adecuación de la infraestructura sanitaria a nivel nacional, para lo cual se necesitaba una importante inversión. A finales del año 1896 Ramos Mejía se dirigía al Ministro del Interior, Quirno Costa, para que solicitara al Congreso los fondos necesarios para la construcción de Estaciones Sanitarias en diferentes puertos del país ya que, salvo el de la capital, estos carecían de los recursos necesarios para evitar la introducción de las enfermedades infecciosas.⁴²⁵ Por su complejidad podían dividirse en dos tipos: primera clase y segunda clase.

Las instalaciones de primera clase debían contar con una estufa fija sistema vapor de agua de baja presión con mil litros de capacidad; una estufa móvil de vapor de agua; cinco pulverizadores de gran tamaño; quince trajes para desinfectadores; y otros elementos de higiene. Estas estaciones serían necesarias en los puertos de Buenos Aires, La Plata, Rosario, Corrientes y Concordia; costando cada una alrededor de 15.000 pesos. Las instalaciones de segunda clase debían contar con una estufa fija sistema vapor de agua baja presión con quinientos litros de capacidad; una estufa móvil de vapor de agua; tres pulverizadores tamaño mediano; diez trajes para desinfectadores; etc. Estas estaciones serían necesarias en Paraná, Bahía Blanca, San Luis, Salta, Tucumán, La Rioja, Catamarca, Santiago del Estero, Córdoba y Jujuy; costando cada una alrededor de 11.500 pesos. También se contemplaba la instalación de una Estación Sanitaria móvil que pudiera trasladarse entre Santa Fe y Colastiné según demanda.

En todos los casos los establecimientos estarían dirigidas por médicos del DNH, que podrían realizar un estudio específico de las endemias locales, como la lepra o el paludismo, con el fin de diseñar estrategias de higiene específicas para cada región.⁴²⁶ Esto no iría en desmedro de las autonomías provinciales, ya que las estaciones sanitarias se pondrían al servicio de los respectivos gobiernos, pero además contarían con un plan e instrucciones propias dictadas por el DNH. Se tomaba como ejemplo a los Estados Unidos, que había tomado la decisión de tener un sistema sanitario centralizado en el que cada estado cedía una pequeña parte de su autonomía al gobierno nacional.⁴²⁷ En ese sentido volvía a recargar las tintas sobre la superposición de funciones con la autoridad sanitaria de la capital, la ASyAP, cuyas funciones el

⁴²⁵ *Departamento Nacional de Higiene* (1896): 807.

⁴²⁶ *Departamento Nacional de Higiene* (1896): 810.

⁴²⁷ *Departamento Nacional de Higiene* (1896): 810.

DNH podía ejercer perfectamente y sin duplicar el gasto. Se evitarían también los problemas surgidos de la diferencia de criterios entre ambas instituciones, como ya había pasado en episodios epidémicos previos.

Para Ramos Mejía dichas estaciones eran necesarias para combatir las enfermedades endémicas en las ciudades de las provincias en las cuales se registraba un mayor número de defunciones que por las epidemias provocadas por enfermedades exóticas. Si no era posible costear todo el gasto necesario al menos se deberían construir las estaciones de los puertos de Buenos Aires, La Plata, Rosario, Bahía Blanca, Concordia y Corrientes; con lo que podría garantizarse al menos la defensa sanitaria marítima.

También era necesaria una inversión en el mantenimiento de la infraestructura sanitaria existente. El Jefe de la Estación de Desinfección del lazareto de Martín García, Nicolás Espindola, afirmaba que la conservación de la estufas no consistía únicamente en “(...) la pintura exterior y la brillantez de sus bronce”, es decir sus aspectos estéticos, sino que sus paredes interiores debían estar desprovistas de impurezas, los tubos de condensación no debían tener agujeros, ni las baterías de calefacción debían tener pérdidas en sus conexiones, lo que provocaba manchas y deterioros en los objetos desinfectados.⁴²⁸ Los insumos para efectuar el mantenimiento necesario, que no se realizaba desde la gestión de Acevedo al frente de la isla, fueron derivados en agosto de 1896. De todas maneras, no era la única necesidad del lazareto que como mencionamos utilizaba parte de sus construcciones para funciones que no eran para las que estaban destinadas, lo cual consecuentemente provocaba problemas en su funcionamiento interno, pero también en el rol que debía cumplir la isla en relación con el sistema sanitario general. Por ejemplo, el lazareto contaba con una enfermería sucia, pero la utilizaba para el alojamiento de las familias de los peones por no contar con un lugar donde relocalizarlos. Esa carencia había provocado que, ante la aparición de casos de enfermedades pestilenciales exóticas en la isla, los enfermos debieran ser trasladados al Hospital flotante *Rodolfo del Viso*, lo que había provocado críticas en los medios locales y que según Miguel Arana Zelis, nuevo director del lazareto, era un hecho que amenazaba con volver a repetirse:

“Señor presidente, pasan julio, agosto y septiembre, el periodo cuarentenario encima y el lazareto sin poseer local apropiado para atender sus enfermos de fiebre amarilla, colera, etc.; teniendo que presentar de nuevo al país el espectáculo del año pasado, conduciéndolos a la rada quieran o no quieran.”⁴²⁹

⁴²⁸ *Departamento Nacional de Higiene* (1897):2.

⁴²⁹ Recordamos que el lazareto flotante se encontraba anclado en la rada de Buenos Aires. *Departamento Nacional de Higiene* (1897):5.

Esto no se aplicaba solo a la peonada. Tanto el intendente, los auxiliares y el mayordomo tampoco contaban con un alojamiento estable desde que se había demolido la vieja intendencia para la construcción de la nueva dirección, con lo cual se repartían entre enfermerías o galpones alternadamente, teniendo que "(...) andar con los muebles a cuestas, pues en el transcurso de meses, cambio cuatro o cinco veces su local intendental."⁴³⁰

Ante este panorama Arana Zelis consiguió autorización para construir una enfermería sucia, pero "sin mayores gastos", para lo cual debió desarmar un galpón existente en estado semiderruido, quitar partes de los galpones destinados a pasajeros de tercera clase y materiales de un antiguo molino de viento. Toda esta madera se encontraba en pésimo estado por lo que se utilizaron tapajuntas para solventar las múltiples rasgaduras. Incluso los clavos fueron quitados de las construcciones previas y debieron ser enderezados para su posterior reutilización. Aun con estas dificultades Arana Zelis logró construir una serie de pabellones que oficiarán de enfermería sucia (**Figura 6.2**).

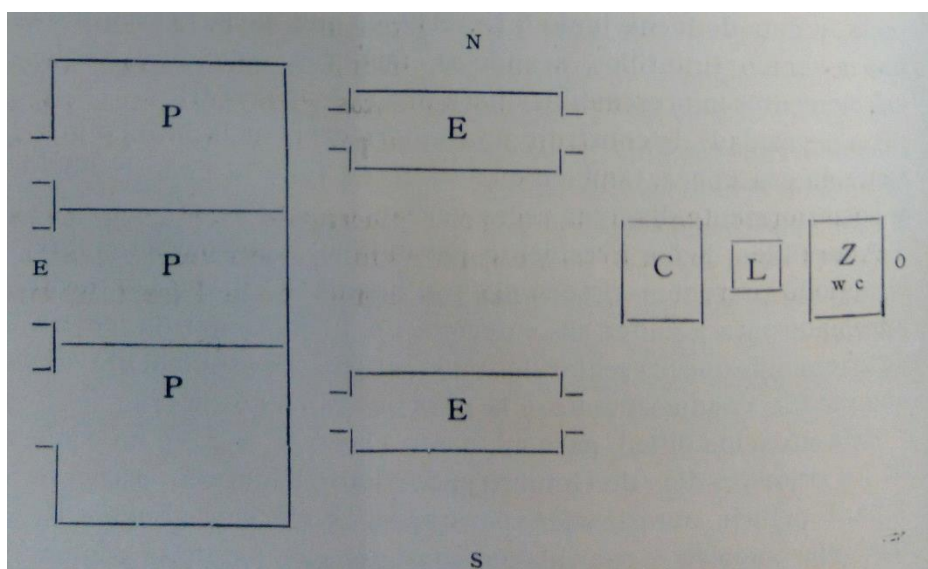


Figura 6.2: Esquema de la enfermería sucia construida en el lazareto de Martín García. Fuente: *Departamento Nacional de Higiene* (1897): 6.

El conjunto fue implantado en función del mejor aireamiento e iluminación, pero también considerando la fuerza de los vientos SE y NE, que provocaban daños a las construcciones de la isla. Con ese criterio se construyeron 3 pabellones para personal (P), 2 para enfermería (E), cocina (C), lavadero (L) y baños (Z). Aun así, el establecimiento necesitaba nuevo personal que pudiera encargarse de estas instalaciones en los momentos de mayor demanda.

En lo que respecta al resto del alojamiento, el director consiguió el traslado de un maestro ladrillero desde Buenos Aires para la construcción de la intendencia y casa de

⁴³⁰ *Departamento Nacional de Higiene* (1897):10.

empleados, cuyo financiamiento se logró recortando gastos desde otras áreas del mismo establecimiento.

Como vemos el sistema sanitario argentino tenía una serie de problemas de índole administrativa y de infraestructura, a pesar de la apreciación positiva que hacía el DNH. Dicho sistema iba a ser puesto a prueba nuevamente ante una nueva epidemia en Buenos Aires de una enfermedad que había presentado solo pocos casos en la ciudad, la peste bubónica.

Ya el 3 de febrero de 1897, ante la posible difusión del cólera en Europa, el DNH declaró infestados a los puertos de Bombay, Kurrachi y Hong-Kong; extendiendo la declaración de sospechoso a todos los buques que hubieran tenido contacto con navíos de esa procedencia o que tuvieran a bordo mercaderías que hubieran partido desde allí.⁴³¹ Se definió un “fondeadero de visita” para aquellos buques sospechosos que recibirían la correspondiente inspección sanitaria por parte de un personal aislado que residiría en el lazareto flotante Rodolfo del Viso. Si un barco era declarado infestado entonces se trasladaría al “fondeadero de observación” para sucesivas investigaciones, mientras que sus cargas se derivarían al lazareto para su desinfección. La tripulación y los pasajeros contagiados durante ese procedimiento también serían trasladados allí para su tratamiento. En caso de ya tener enfermos a bordo a la llegada a puerto serían derivados directamente al “fondeadero infectado”, y el procedimiento sería el mismo. El personal correspondiente al servicio médico, inspectores, desinfectadores, enfermeros y peones que intervinieran en los procedimientos realizados a los buques situados en los fondeaderos de observación e infectado debían residir en el lazareto de Martín García, el cual debía permanecer totalmente aislado, realizando sus comunicaciones por vía telegráfica únicamente. Para que las medidas fueran realmente efectivas, el DNH debía construir en la isla una instalación especial para convalecientes y estación de desinfección, ya que las ropas y las personas pasarían por un tratamiento profiláctico de desinfección programado.⁴³²

Estas operaciones tendrían una duración de veinte días pasados los cuales los buques serían liberados en libre plática, pero si los pasajeros desembarcaban en el territorio argentino se les otorgaría una “Carta Sanitaria” y debían ser vigilados severamente por las autoridades correspondientes durante otros veinte días. La orden también solicitaba iniciar comunicaciones con Brasil y Uruguay para que tomaran medidas análogas.

Como en otras oportunidades este brote global derivó en la convocatoria a una conferencia sanitaria, en este caso en la ciudad de Venecia el 16 de febrero de 1897, unos pocos

⁴³¹ *Departamento Nacional de Higiene* (1897):99.

⁴³² *Departamento Nacional de Higiene* (1897):101.

días después de la resolución tomada por el DNH. Dicha conferencia fue convocada por Austria-Hungría ante el temor que la enfermedad pudiera propagarse mediante los peregrinos que volvían de la Meca, por lo que en la conferencia solo se trató el problema de la peste bubónica. En este caso había un cierto consenso en que la enfermedad era provocada por un bacilo identificado por Alexander Yersin, discípulo de Pasteur, y Kitasato Shibasaburo en Hong Kong; pero no quedaba claro cuál era el vector de transmisión, aunque distintos roedores parecían facilitar su propagación. Por este motivo, y en paralelo a los encuentros, algunos países participantes enviaron comisiones médicas a Bombay para estudiar el desarrollo de la enfermedad.⁴³³ En las conclusiones del encuentro se establecía como necesaria la desinfección obligatoria máxima para las procedencias contaminadas por vía terrestre o fluvial, y se suspendían las cuarentenas en el primer caso. Cada país tendría libertad de cerrar sus fronteras pudiendo detener solo a las personas enfermas o sospechosas. Los coches de ferrocarriles podrían ser separados del convoy en caso de peste para ser sometidos a desinfección rigurosa. El tren seguiría su destino y el coche sería agregado al próximo convoy. En el caso de los navíos la desinfección era aplicada a la embarcación, mercancías y objetos. En todos los casos los enfermos serían aislados, mientras que los sospechosos tendrían un periodo de observación de 10 días.

Desde la mirada de algunos médicos locales dicho encuentro internacional no representaba ningún adelanto en cuanto a medidas sanitarias. La profilaxia terrestre había sido considerada incorrectamente, prefiriendo tratar a Europa como un solo estado para no perjudicar los intereses comerciales. Esto era muy diferente cuando se consideraban los intercambios con el continente asiático. Allí aparecían las medidas restrictivas "(...) en toda su rigidez atenuadas por la palabra desinfección repetida a cada instante.(...) La Europa que tanto ha clamado contra nosotros deslumbrándonos con sus Congresos de higienistas, porque nos defendíamos de ella cuando la azotaba el cólera, imponiendo a sus navíos una mínima observación, no ha encontrado otra fórmula para defenderse de las Indias que someter los buques infestados a diez días por lo menos de observación después de producido el último caso a bordo." Estas medidas no constituían garantía alguna para la salud pública.⁴³⁴

En este contexto de amenaza de la peste bubónica el DNH emitió un informe en el que evaluaba nuevamente la posibilidad de construir una isla artificial. En este caso para la construcción de la futura "Estación Sanitaria Marítima del Río de la Plata" a ubicarse en Banco Chico, frente al pueblo de la Magdalena, proyecto presentado por los señores Franchechi y Cia.

⁴³³ Howard-Jones (1975):79.

⁴³⁴ *Departamento Nacional de Higiene* (1897):179. No se consigna el autor de esta nota.

El costo total de la obra sería de 800.000 libras esterlinas y el gobierno nacional le concedería el derecho de explotación por 50 años. La iniciativa contemplaba el relleno de dos zonas, una de 200 metros por 400 metros destinada a lazareto cuarentenario y otra de 150 metros por 100 metros destinada a lazareto de infecciosos; la construcción de todos los edificios necesarios, también de dos malecones defendidos por una escollera para dar abrigo a los vapores y buques de vela, un faro, colocación de un cable telegráfico y alumbrado eléctrico.

En sus consideraciones sobre este proyecto, José María Ramos Mejía recordaba al de islas artificiales de 1894, al que ya nos hemos referido, con el coincidían en diagnóstico y en diversos aspectos, como la crítica sobre la Isla Martín García y sus instalaciones, a las que continuaban juzgando como inapropiadas y cuya existencia se debía únicamente a no contar con otro lugar que ofreciera mejores condiciones.⁴³⁵

No solo la posible entrada de la peste parecía justificar que esta enorme inversión se volviera a evaluar. La fiebre amarilla se seguía considerando endémica en los puertos Brasil y su etiología continuaba siendo una incógnita. Las autoridades sanitarias locales sabían que la presencia de casos era prácticamente asegurada en las estaciones calurosas, lo cual era probado por la relativa constancia de las estadísticas anuales. En efecto, las cifras recientes marcaban una tendencia: en 1892 se habían detectado 34 casos, otros 34 en 1893, 46 en 1894 y 50 en 1895. Dichas estadísticas además demostraban la importancia del periodo de observación luego de la última desinfección a bordo, el cual contemplaba el tiempo de incubación de la enfermedad. En promedio en esos 4 años la mitad de los casos se habían comprobado durante el periodo de observación al presentarse síntomas que antes no eran perceptibles.⁴³⁶

Como vemos, el intento de tener una política sanitaria sin ninguna restricción se enfrentaba con algunas complicaciones. Aun así, la implementación de medidas de rigor fue menos frecuente y más resistida que en el pasado, inclusive por parte de médicos que las habían puesto en práctica, como era el caso de Eduardo Wilde. Luego de su paso por la Junta de Sanidad del Puerto Central la trayectoria de Wilde fue en franco ascenso dentro la función pública. Fue Ministro de Justicia, Culto e Instrucción Pública durante la primera presidencia de su amigo de la infancia, Julio Argentino Roca, entre 1882 y 1886, y Ministro del Interior durante la presidencia de Miguel Juárez Celman entre 1886 y 1889. Cuando Roca asumió su segunda presidencia en octubre de 1898 nombró a Wilde como presidente del DNH, cargo en el que permaneció poco tiempo ya que fue nombrado Ministro Plenipotenciario ante Estados Unidos en 1900. Ese corto

⁴³⁵ *Departamento Nacional de Higiene* (1897):357.

⁴³⁶ *Departamento Nacional de Higiene* (1898):368.

tiempo sin embargo le bastó para entrar en conflicto con médicos afines a las nuevas teorías ligadas a la bacteriología, como era el caso de José Penna, en los que podremos ver las tensiones entre dos paradigmas médicos en pugna en el cambio de siglo.

A principios del año 1898 se produjo la entrada de un enfermo de fiebre amarilla, no detectado por las autoridades sanitarias, que luego falleció en el Hospital de Clínicas. En efecto, Antiocho Masanna se había embarcado en el puerto de Santos en el *Citta di Torino* junto con su esposa. Durante la travesía se enfermó de fiebre amarilla por lo que decidió esconderse cuando un guarda sanitario se hizo presente. Los oficiales de a bordo le habrían indicado que no diese a conocer su condición para evitar ser puesto en cuarentena. Al desembarcar se dirigió al hospital donde finalmente murió.⁴³⁷

A raíz de este caso Penna, quien oficiaba como presidente interino del DNH, pidió al gobierno que se restableciera el sistema que estipulaba un periodo de observación para los buques provenientes de puertos infectados. Tanto el gobierno como el Consejo de Higiene aprobaron la propuesta resolviendo que cuando la temperatura bajara se volvería a permitir la entrada de los buques sin observación. Nuevamente se reiteraba al gobierno el pedido de establecimiento de estaciones sanitarias en los puertos de la república.

Parte de la prensa daba cuenta de una relativa tranquilidad ante las enfermedades exóticas conocidas. Por ejemplo, en la revista *Caras y Caretas* del 6 de mayo ante algunos casos de fiebre amarilla se recordaba a la epidemia de 1871. Allí se afirmaba que ese suceso:

“(…) nos reventó, porque parece que en aquellos lejanos tiempos el aseo dejaba acá bastante que desear. La falta de cloacas, la contaminación de las aguas de aljibe, dieron alas al contagio y hubo la de San Quintin. (...) no vale la pena despertar aprensiones en los espíritus asustadizos por un riesgo que nunca fue temible y que hoy puede darse por definitivamente pasado merced, no solo a las enérgicas medidas de desinfección y aislamiento adoptadas por las autoridades sanitarias sino muy particularmente por razones de temperatura. Hace frio: respiremos”⁴³⁸.

Es cierto que para 1899 el servicio de desinfección se había ampliado. El servicio domiciliario de la ciudad de Buenos Aires presentaba tres alternativas en base a la aplicación de sustancias diferentes: bicloruro de mercurio, formol o glycoformol. La primera alternativa era la más sencilla y consistía en la aplicación directa del bicloruro, para lo que se utilizaban los irrigadores *Geneste-Herschler* operados por dos desinfectadores. En el caso de la segunda

⁴³⁷ *Departamento Nacional de Higiene* (1898):397.

⁴³⁸ *Revista Caras y caretas*, (1899, 6 de mayo). Año II, N°31.

alternativa se empleaban pequeñas lámparas de aguardiente cargadas con tres pastillas de formol, y se las dejaba consumir durante 24 horas en la habitación que se quería desinfectar, la cual debía estar herméticamente cerrada. Finalmente, el glycoformol necesitaba de equipos *Lingner*, consistentes en evaporadores que demandaban 3 horas de uso en la habitación a desinfectar. De los tres sistemas el de bicloruro de mercurio era el más económico, y era el utilizado en las casas de inquilinato.⁴³⁹

Con estos avances había una cierta confianza en poder mantener a las enfermedades conocidas bajo control. A pesar de esto Wilde hizo una serie de declaraciones a la prensa en junio de 1899 con fuertes críticas al estado higiénico de la ciudad de Buenos Aires a la que veía como un peligro de convertirse en un foco endémico de fiebre amarilla.⁴⁴⁰ El intendente municipal Adolfo Bullrich elevó una réplica en la que denostaba los dichos de Wilde que parecía ir en contra de la opinión de los más competentes médicos e ingenieros en materia de higiene pública. En ese sentido las operaciones de saneamiento, desinfección y tendido de cloacas habían tenido un efecto claro en la disminución de la mortalidad. Bullrich reconocía que las obras de saneamiento aun no alcanzaban a las zonas suburbanas, pero aun así Buenos Aires era una de las ciudades más sanas si se la compara con París o Roma.⁴⁴¹ Por su parte Wilde continuó con su crítica al estado higiénico y la infraestructura sanitaria existente. Sobre esto Bordi de Ragucci afirma que él siempre intentó sobresalir escandalizando al público, destacando las fallas del Estado habitualmente desde un alto cargo oficial.⁴⁴² Más allá de la notoriedad que estas declaraciones le valían, su figura como sanitarista era blanco de crítica de algunos de sus pares que juzgaban negativamente su accionar durante la epidemia de fiebre amarilla y el más reciente brote de cólera en el barrio de Belgrano.

Otro de los blancos de Wilde fue el lazareto de Martín García en el que "(...) todo es deplorable y deficiente en las innobles barracas que la Argentina ha preparado para hospedar a sus cuarentenarios".⁴⁴³ La preocupación principal de Wilde eran los pasajeros de primera clase que venidos de hoteles de Europa y con amplias comodidades en los barcos de repente se encontrarían con la imagen de las instalaciones cuarentenarias existentes. En principio proponía cambiar el término de "lazareto" por el de "Estación de profilaxia y enfermería contra los peligros del tráfico marítimo". En segundo lugar, Wilde retomaba muchas de las críticas que ya hemos visto, concernientes a la ubicación y todo el procedimiento necesario por no poder recibir

⁴³⁹ *Revista Caras y Caretas*, (1899, 4 de noviembre). Año II, N°57, 30.

⁴⁴⁰ Bordi de Ragucci (1992):176.

⁴⁴¹ Bordi de Ragucci (1992):177.

⁴⁴² Bordi de Ragucci (1992):176.

⁴⁴³ Bordi de Ragucci (1992):174.

embarcaciones de gran calado, por lo que proponía su traslado a una locación entre Ensenada y Punta Piedras.⁴⁴⁴ Más allá del deseo de Wilde de sobresalir señalado por Bordi de Ragucci, era cierto que las instalaciones de Martín García dejaban mucho que desear, lo cual iba a adquirir estado público ante la amenaza de una nueva epidemia.

El 24 de agosto de 1899 Guillermo Stewart, director del Departamento de Higiene del Paraguay, se comunicó con las autoridades sanitarias argentinas notificando el fallecimiento de un oficial a causa de la peste bubónica. El gobierno argentino decidió enviar a dos bacteriólogos, los doctores Samuel Álvarez y Voges y Juan Carlos Delfino encargados de estudiar los casos denunciados.⁴⁴⁵

La introducción de la enfermedad parecía haberse producido por vía fluvial a través del vapor argentino *Centauro* que llevaba una carga de arroz de la India enviado desde Bombay a Montevideo. Luego de dejar esta ciudad cuatro marineros presentaron fuertes síntomas. A pesar de eso fueron desembarcados en Asunción donde uno de ellos murió el día de llegada, 26 de abril, y los otros tres días después. Los ensayos llevados adelante por Voges y Delfino confirmaron la presencia de la peste y procedieron a comunicar los resultados a los dos gobiernos.

El gobierno del Paraguay en un principio se mostró reticente a aceptar este dictamen, pero en la medida que nuevos casos aparecieron, aceptó recibir a un equipo de especialistas argentinos liderados por Carlos Malbrán, reciente fundador de la cátedra de bacteriología de la Facultad de Ciencias Médicas, e integrada por Juan Carlos Delfino, Leopoldo Uriarte, Alberto Greslebin, Arturo Medina y Samuel Álvarez y Voges, que viajaron hacia Asunción a fines del mes de septiembre y fueron vacunados con el suero experimental desarrollado por el Instituto Pasteur. Cabe destacar que la mitad de los miembros del Departamento de Higiene del Paraguay no eran médicos y que su escasez de recursos complicó su capacidad y velocidad de respuesta frente al brote, por lo que la ayuda de los médicos argentinos fue bien recibida.⁴⁴⁶ Desde el mes de abril hasta febrero de 1900 la peste en Asunción cobró la vida de 114 personas.

A partir de sus ensayos, Malbrán pudo confirmar la presencia de la peste bubónica y recomendó la implementación de medidas sanitarias estrictas considerando los intercambios comerciales con la región del litoral. Esto no resultó. Hasta la ratificación de la hipótesis de Malbrán las comunicaciones fluviales se mantuvieron continuas sin la aplicación de medidas de profilaxia y ya en el mes de septiembre se identificó un caso en la ciudad de Formosa, donde se

⁴⁴⁴ Bordi de Ragucci (1992):175.

⁴⁴⁵ Malbrán (1931):15.

⁴⁴⁶ Agote; Medina (1901):22; Echenberg (2010):138; Malbrán (1931):16.

estableció un lazareto flotante y una estación de desinfección, y luego también comenzaron a registrarse infectados en la ciudad de Rosario, atacando primero a trabajadores que se desempeñaban en el área del puerto, cerca de la estación Sunchales del F.C.C.A., los depósitos y los elevadores de granos.⁴⁴⁷ El mayor número de enfermos se registró luego en los alrededores de la barraca “Germania” y en el barrio obrero conocido como “de la Refinería”.⁴⁴⁸ Como sucedió durante la epidemia de cólera anterior, estos primeros casos no fueron declarados como de peste bubónica sino que se atribuyeron a otras afecciones, como tifus o septicemia, entre otras. Habría que esperar al mes de enero para que la presencia de la enfermedad fuera oficialmente declarada, pero aun así los rumores sobre su presencia llegaron a la capital bastante tiempo antes (Figura 6.3).

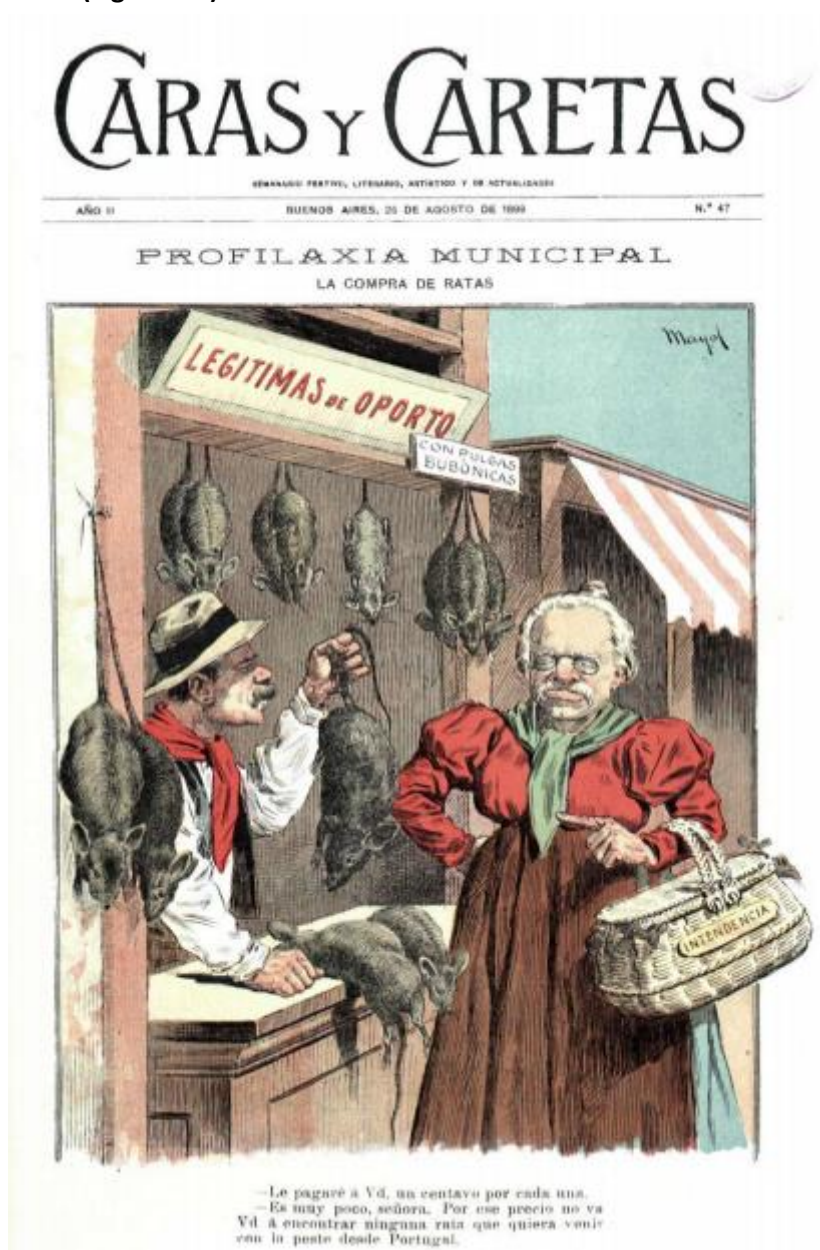


Figura 6.3: Portada de la revista *Caras y Caretas* titulada “PROFILAXIA MUNICIPAL. LA COMPRA DE RATAS”. Fuente: Revista *Caras y Caretas* N°47, 26 de agosto de 1899.

⁴⁴⁷ Agote; Medina (1901):19.

⁴⁴⁸ *Revista Caras y Caretas*, (1900, 10 de febrero). Año III, N°71.

Ya desde mediados de agosto periódicos como *La Nación* informaban sobre el avance de la peste en Europa y el pedido de informes por parte de las autoridades sanitarias locales a sus pares en el exterior sobre las medidas que adoptarían para prevenirse de la entrada de la enfermedad al territorio. El gobierno brasileño, por ejemplo, había dictado cuarentenas a las procedencias de Portugal, que luego se extendieron a los puertos de Coruña, Santander y Bilbao.⁴⁴⁹ Por su parte, en su número del 26 de agosto de 1899, *Caras y Caretas* mostraba en tapa al intendente de la ciudad de Buenos Aires Adolfo Bullrich “comprando” ratas con pulgas bubónicas legítimas de Oporto. Aquí se representa un cierto conocimiento popular del vector de transmisión de la enfermedad que como mencionamos previamente no había sido confirmado en el congreso europeo, aunque esa hipótesis era sostenida por Paul-Louis Simond en su informe publicado en los *Annales d’Institut Pasteur* un año después, en 1898. Esto puede ser relativizado considerando una de las publicidades internas de la revista, específicamente del insecticida Bufach que proclamaba una guerra a los insectos, “(...) los cuales, según la ciencia, son los propagadores de la peste bubónica y otras epidemias”. La imagen muestra a tres parcas, una con la palabra “bubónica” en su guadaña, otra “amarilla”, mientras que la última no presentaba inscripción, pero claramente se trataba de un intento de atribuir a un mismo vector la capacidad de transmisión de varias enfermedades (**Figura 6.4**).



Figura 6.4: Publicidad de la fábrica de insecticidas Bufach. Fuente: Revista *Caras y Caretas* N°47, 26 de agosto de 1899.

⁴⁴⁹ *La Nación*, 18 de agosto de 1899.

En ese mismo número se daba cuenta del viaje del presidente Roca a Rio de Janeiro al que también asistió Eduardo Wilde, dejando nuevamente a Penna a cargo del DNH. En ese ínterin se detectaron casos sospechosos en el vapor francés *Bresil*, por lo que el 18 de agosto Penna ordenó medidas de rigor para impedir su entrada en libre plática al puerto, derivando a los pasajeros y las cargas al lazareto de Martín García mientras que la embarcación permanecería en observación por un periodo de cinco días desde su llegada, en un lugar a determinar de la rada exterior.

El caso del *Bresil* resulta un episodio particular que tomó gran trascendencia en la prensa y que exhibió críticas al sistema sanitario, pero también expuso las tensiones internas entre distintos actores. Asimismo, nos permite reconstruir la dinámica del proceso sanitario desde una mirada no institucional. Y es que parte de los pasajeros del *Bresil* eran miembros de la alta sociabilidad porteña “(...) a cuyo respecto no se podía hablar, sin hacer gala de mal gusto y hasta de irreverencia, de cosas tan vulgares y feas como la peste y las medidas profilácticas a base de un abominable lazareto”.⁴⁵⁰ En efecto, a bordo del *Bresil* se encontraban el hijo del intendente Adolfo Bullrich y su familia, entre otras personalidades destacadas y conocidas en la ciudad, que inclusive habían pasado por Rio de Janeiro durante la visita de Roca donde tuvieron contacto con su comitiva sin que se los sometiese a ninguna precaución sanitaria. Inclusive Roca había estado a bordo del *Bresil*.⁴⁵¹ Probablemente si esas personalidades no hubieran estado a bordo no habría existido un seguimiento tan permanente por parte de la prensa.

Se esperaba que su llegada al Rio de la Plata sería mucho más controlada que en Brasil. Ya el 18 de agosto el delegado sanitario del Uruguay, el Dr. Fernández Espiro, se había trasladado a Buenos Aires para evitar desacuerdos entre los dos países en lo que respectaba a la declaración de puertos infestados, sospechosos y la aplicación de medidas sanitarias. Cuando algunos de los pasajeros del *Bresil* quisieron desembarcar en Montevideo fueron trasladados al lazareto de la Isla de Flores por lo que se esperaban medidas análogas en Buenos Aires.

Sobre el posible traslado a la Isla Martín García, el diario La Nación afirmaba que “(...) habrá dificultades insuperables para el transporte y la desinfección de la carga. El pequeño muelle allí existente no es apropiado para descargar mercaderías generales como las que trae el *Bresil*; se carece de personal y de guinches para sacarlas de a bordo y de medio de transporte para conducir las desde el muelle hasta el lazareto. En este tampoco hay un local apropiado donde pueda hacerse la desinfección y es lo más probable que expire el plazo de la cuarentena

⁴⁵⁰ *Revista Caras y Caretas*, (1899, 2 de septiembre). Año II, N°48.

⁴⁵¹ Bordini de Ragucci (1992):178.

sin que las mercaderías se hayan descargado”.⁴⁵² El panorama que esbozaba la publicación daba cuenta de instalaciones totalmente incapaces de cumplir su función. La misma nota informaba que ese mismo día los doctores Penna y Castilla se trasladarían a la rada exterior para determinar los fondeaderos “de visita”, “observación” e “infestados”; y luego se dirigirían a Martín García junto con su director, Arana Zelis, para relevar las necesidades del lazareto para poder recibir a los pasajeros que se esperaban llegaran al día siguiente, el 19 de agosto. Como mencionamos previamente, por las condiciones geográficas de la isla, que no permitía el arribo de buques de gran calado, la tripulación debía transbordarse a dos pequeños vapores, el *Adriático* y el *Stagno*. Por otro lado, debieron realizarse distintas gestiones para conseguir otra embarcación para trasladar los equipajes y cargas, además de una grúa que en apariencia fue provista por el Ministerio del Interior. De todas formas, allí no terminaban los problemas. Por la ausencia de depósitos en la isla, todas estas cargas quedarían a la intemperie lo que representaba posibles daños sumados a los de la desinfección.⁴⁵³ A pesar de estas dificultades el DNH amplió las procedencias que serían sometidas al mismo rigor que el *Bresil*, sumándose los barcos que hubieran tocado en los puertos de San Vicente o Madeira. Tres embarcaciones estaban por llegar que cumplían esas condiciones: el *Argentina*, el *Venus* y el *Sirio*.⁴⁵⁴

Lamentablemente para los pasajeros del *Bresil* un fuerte temporal evitó realizar las maniobras de trasbordo a los vapores, los que debieron permanecer también en la rada de cuarentena por disposición del comandante del acorazado *Independencia* que hacía la guardia y tenía por orden prohibir que las embarcaciones que hubieran entrado a este sector de la rada se comunicaran con el puerto. El temporal también evitó que se realizaran visitas a otros barcos situadas en el fondeadero de observación. Por las dificultades para hacer la desinfección en Martín García, se definió que dicho procedimiento sobre la carga se realizaría en otra embarcación, el *Tiempo*, perteneciente al Ministerio de Marina.⁴⁵⁵

Finalmente, el día 22 de agosto a las 18:25 los pasajeros del *Bresil* pudieron llegar a la Isla Martín García, debiendo permanecer allí hasta el 27 del mismo mes como parte del período de observación dispuesto. Pasado el temporal se esperaba que el resto de las embarcaciones también se dirigieran a la isla. Sin embargo, ese mismo día Roca y Wilde volvieron al país. La primera decisión de Wilde fue la suspensión de las medidas aun en contra de la opinión de sus vocales del DNH. Estos recibieron el apoyo del Ministro del Interior, Felipe Yofre, que se rehusó a los planteos de Wilde por motivos que no se precisaron, pero la prensa aventuraba que podían

⁴⁵² *La Nación*, 18 de agosto de 1899.

⁴⁵³ *La Nación*, 19 de agosto de 1899.

⁴⁵⁴ *La Nación*, 19 de agosto de 1899.

⁴⁵⁵ *La Nación*, 20 de agosto de 1899.

deberse al temor a la peste, convicción científica más cercana a la de los vocales de Wilde o mantener los acuerdos con las autoridades sanitarias de Montevideo.⁴⁵⁶

Aquí es necesario sumar a otro actor: los agentes marítimos que ejercían presión para levantar las medidas de rigor.⁴⁵⁷ Con la negativa de Yofre se dirigieron al vicepresidente, Norberto Quirno Costa, que en ese momento estaba al frente del ejecutivo ya que aún no se le habían devuelto las atribuciones a Roca. Quirno Costa también se rehusó a contradecir las opiniones de las autoridades sanitarias por lo que los agentes marítimos, aparentemente bloqueados en todos los flancos acudieron directamente al domicilio particular del presidente Roca. Luego de una reunión en la que también estaba presente Wilde, Roca ordenó sin más trámite la libre entrada de los buques cuarentenarios, dejando en una posición totalmente desautorizada a las autoridades del DNH. En algún punto esto recuerda el avance de Sarmiento contra Mallo al que hicimos referencia en el capítulo 2. Nuevamente el Poder Ejecutivo avanzaba sobre la autoridad sanitaria, dejando un panorama “(...) muy poco tranquilizador para la salud pública y para la seriedad del gobierno”.⁴⁵⁸

Prácticamente este conflicto no se vio reflejado en memorias institucionales, por lo que su reconstrucción solo puede realizarse recurriendo a la prensa. Por tal motivo hay esperables contradicciones entre quienes cedieron y quienes se mantuvieron firmes. El punto en común se encuentra en los títulos de las notas, en los que toda la prensa da cuenta de un fracaso: “El bochinche sanitario”, “El escándalo del día en la sanidad-Contradicciones y conflictos”, “El fracaso de la administración sanitaria”.⁴⁵⁹ En una nota titulada “*Peregrinación profiláctica*” del 2 de septiembre la Revista *Caras y Caretas* daba cuenta del periplo de los pasajeros del *Bresil* “(...) primeras víctimas propiciatorias de nuestro desconcierto sanitario”.⁴⁶⁰ La revista había enviado un equipo a fotografiar y relevar el hecho el día en que el intendente se trasladó a la isla Martín García en el vapor *Presidente Mitre* junto con familiares y amigos de los aislados para constatar su estado de salud bajo supervisión del director del establecimiento, Arana Zelis, que verificó que existiera una distancia para evitar un posible contagio (**Figura 6.5, 6.6 y 6.7**).

⁴⁵⁶ *La Nación*, 25 de agosto de 1899.

⁴⁵⁷ El periódico *La Nación* señala que los agentes marítimos eran los señores Lavarello, Delfino, Green y Rivaille. *La Nación*, 25 de agosto de 1899.

⁴⁵⁸ *La Nación*, 25 de agosto de 1899.

⁴⁵⁹ Bordi de Ragucci (1992):179.

⁴⁶⁰ Revista *Caras y Caretas* N°48, 2 de septiembre de 1899. Echenberg afirma que la sospecha era por casos de fiebre amarilla, lo que no condice con lo que sugiere la publicación.



Figura 6.5: A la izquierda Adolfo Bullrich hijo junto a su familia en el lazareto de Martín García, a la derecha la señora Bullrich de Peña y uno de sus sobrinos. Fuente: *Revista Caras y Caretas*, (1899, 2 de septiembre). Año II, N°48.



Figura 6.6: “Grupo de cuarentenarios frente a uno de los galpones dormitorio”. Fuente: *Revista Caras y Caretas*, (1899, 2 de septiembre). Año II, N°48.



Figura 6.7: Visita del intendente Bullrich y otros (derecha) a familiares y amigos en cuarentena (izquierda). Fueron mantenidos en embarcaciones separadas para evitar un posible contagio. Fuente *Revista Caras y Caretas*, (1899, 2 de septiembre). Año II, N°48

Con algo de ironía la nota afirmaba que “cuando estaban unos y otros en esa postura profiláctica” un telegrama les ordenaba a las autoridades sanitarias anular el aislamiento. Sin embargo, otra orden posterior de Quirno Costa ratificaba la primera decisión por lo que los visitantes debieron esperar un día frente al lazareto hasta que otra orden definitiva de Roca

liberó a todos en libre plática.⁴⁶¹ Por esta decisión tanto Penna como Revilla presentaron la renuncia y se esperaba que los doctores Costa, Valdez y Susini hicieran lo propio.⁴⁶²

En una entrevista posterior Wilde negó haber anulado las decisiones de Penna, pero resultaba evidente que las contraordenas se produjeron cuando el retomó el mando del DNH.⁴⁶³ Más allá de las posibles presiones que podría haber recibido por parte de los agentes marítimos como del presidente Roca, lo cierto es que por otras declaraciones podemos ver que Wilde continuaba sosteniendo la teoría de un origen espontáneo de la fiebre amarilla y de otras enfermedades, que podían volver a surgir como una suerte de resabio de un brote epidémico previo. Bajo esta teoría las enfermedades no podían ser importadas por lo que la imposición de medidas restrictivas era innecesaria. Esta no sería la única intervención de Wilde en que, como sanitarista, desautorizaba las decisiones de un bacteriólogo.

Pasado el escándalo del *Bresil* la intensidad de las medidas sanitarias siguió en ascenso, pero no se enfocaron solo en el control del puerto sino también en un mayor alcance de la desinfección urbana, al igual que otras ciudades puerto lo habían hecho.⁴⁶⁴

“(…) todo el arsenal preventivo de las defensas internacionales se puso estrepitosamente en movimiento, con gran ruido de latas y resuello de estufas. (...) la actividad de las autoridades sanitarias, irradiando telegramas, informaciones, comisionados, sentencias de muerte contra pulgas y ratas y ordenes de fumigación contra todo bicho viviente, consuela y entona un poco, haciendo bajar tal cual la temperatura de las aprensiones en la imaginación popular.”⁴⁶⁵

A fines de octubre la portada de *Caras y Caretas* titulaba “EL FUROR SANITARIO” y daba cuenta del “excesivo brío” con el que se aplicaban las medidas urbanas de profilaxia (**Figura 6.8**).

⁴⁶¹ Echenberg (2010) :149.

⁴⁶² *La Nación*, 25 de agosto de 1899. En la nota se afirma que Revilla ha presentado la renuncia mientras que la de Penna no estaba confirmada. Por otra parte, Echenberg afirma que si renunció. Echenberg (2010) :149.

⁴⁶³ Bordi de Ragucci (1992): 180.

⁴⁶⁴ Engelmann; Lynteris (2020):159.

⁴⁶⁵ *Revista Caras y Caretas*, (1899, 30 de septiembre). Año II, N°52.



Figura 6.8: Portada de la revista Caras y Caretas titulada "EL FUROR SANITARIO". Fuente: Revista Caras y Caretas, (1899, 28 de octubre). Año II, N°56.

La imagen muestra en primer plano a Bullrich y un segundo sujeto, vestidos como agentes de desinfección, uno equipado con el sistema de irrigación y otro por vaporización, persiguiendo a un tercer sujeto que sale de plano mientras la parca, como símbolo de alguna enfermedad infecciosa, muy posiblemente la peste, avanzaba hacia ellos con lo que parece ser la Pirámide de Mayo de fondo. En el mismo número se daba cuenta de los trabajos del Instituto de Higiene Experimental de la Provincia de Buenos Aires, donde se realizaban ensayos en animales utilizando los bacilos que propagaban las distintas enfermedades y donde también se preparaban los equipos de desinfección (**Figura 6.9**).

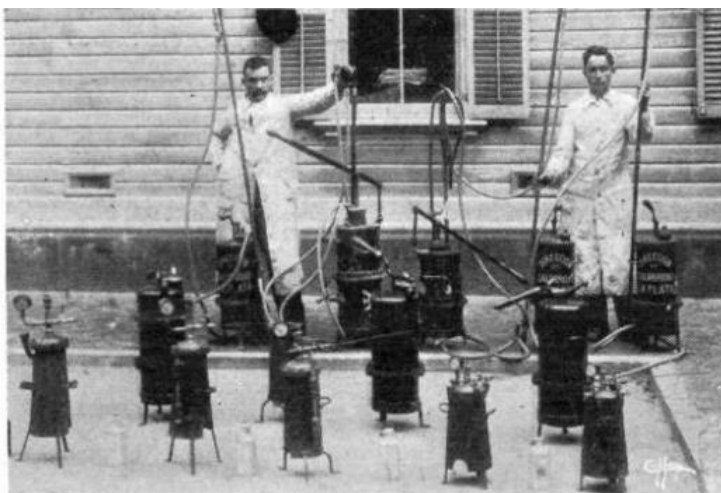


Figura 6.9: Aparatos de desinfección preparados en el Instituto de Higiene Experimental de la Provincia de Buenos Aires. Fuente: Revista Caras y Caretas, (1899, 28 de octubre). Año II, N°56.

Este brío alcanzaba no solo a las autoridades sino al resto de la población. Ya a fines de agosto, el diario *La Nación* señalaba el agotamiento del stock de venenos y trampas, por lo que recomendaba soluciones caseras, como freír pedazos de esponja en grasa para que las ratas los comieran y luego murieran.⁴⁶⁶ La municipalidad además pagaba un centavo por cada rata muerta que se entregara en los corralones municipales, con el fin de contribuir de forma particular a la sanidad urbana.⁴⁶⁷ Justamente sobre esta colaboración necesaria, en noviembre de 1899 *Caras y Caretas* afirmaba que con los elementos que contaba la ASyAP de Buenos Aires la desinfección domiciliaria podría hacerse perfectamente si no fuera por la mala voluntad de las familias:

“En los conventillos, sobre todo, la presencia de cuadrillas desinfectadoras es invariablemente saludada con gritos de protesta, con recriminaciones de todo género y no pocas veces con insultos y agresiones a que tiene que poner coto la policía”.⁴⁶⁸

El artículo afirmaba que muchas familias de los conventillos consideraban la desinfección como un “azote” aun cuando, por el estado de material de esas viviendas, necesitaban ser higienizadas periódicamente para evitar que se convirtieran en focos de contagio. El autor demandaba un mayor rigor a la municipalidad y a los médicos en las denuncias y en habituar a los médicos en la desinfección como práctica.

De todas formas, ese “brío” parece haberse encontrado con problemas económicos que atentaron contra la ampliación del servicio de desinfección en equipos, infraestructura y personal. A fines de 1899 nuevamente la misma publicación presentaba una tapa en la que caracterizaba a dos “parcas”: la peste bubónica, que según el texto aún no había hecho su aparición, y la nueva ley monetaria que retomó el sistema de convertibilidad entre el peso argentino y el oro, la cual se había suspendido en 1885 (**Figura 6.10**).⁴⁶⁹

⁴⁶⁶ *La Nación*, 20 de agosto de 1899.

⁴⁶⁷ *La Nación*, 26 de agosto de 1899.

⁴⁶⁸ *Revista Caras y Caretas*, (1899, 4 de noviembre). Año II, N°57, 31.

⁴⁶⁹ http://www.bcra.gov.ar/MediosPago/Moneda_Argentinos_Oro_1881_1896.asp



Figura 6.10: Portada de la revista Caras y Caretas titulada “LAS DOS PARCAS”. Fuente: *Revista Caras y Caretas*, (1899, 4 de noviembre). Año II, N°57.

Este cambio en el valor de la moneda afectó la capacidad de inversión, inclusive de los créditos ya comprometidos, llevando a la postergación de la ampliación de los servicios de desinfección. Resulta elocuente otra imagen de *Caras y Caretas* en la que se representaba el día de los difuntos, y específicamente dos tumbas. Una de ellas estaba decorada con la estatua de Hermes, dios del comercio, vestido con ropas harapientas y con la siguiente leyenda: “Aquí yace el comercio víctima de la cotización oficial del oro”. La segunda tumba estaba decorada con un equipo de desinfección y en este caso la leyenda rezaba: “Aquí descansan los créditos votados para las medidas sanitarias, únicas víctimas de la peste bubónica” (**Figura 6.11**).

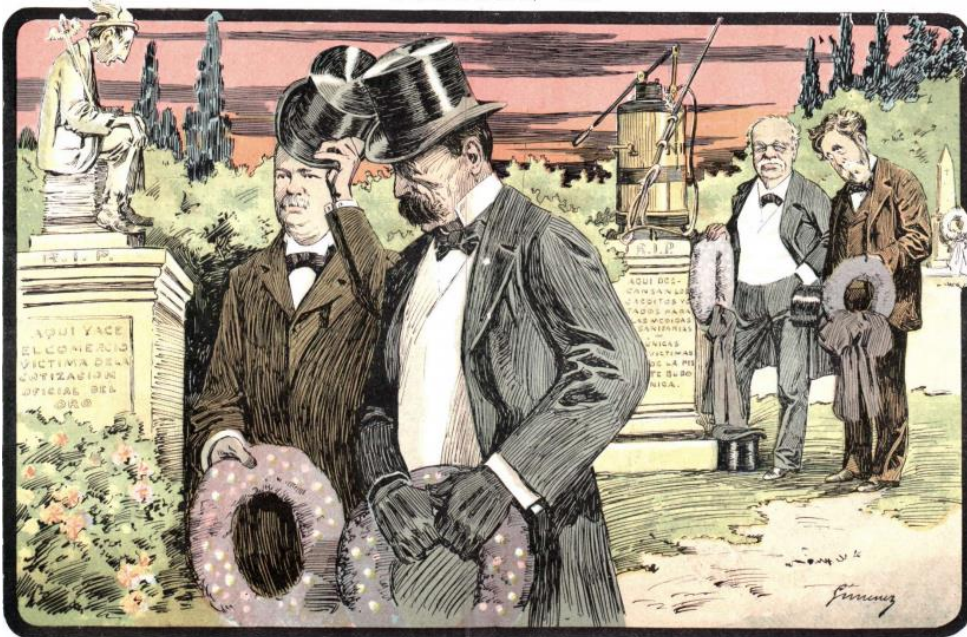


Figura 6.11: Ilustración titulada “En el día de difuntos”. Fuente: *Revista Caras y Caretas*, (1899, 4 de noviembre). Año II, N°57.

Contrario a lo que pensaba el autor de la nota, los créditos votados no serían las únicas víctimas de la peste en Buenos Aires. En un informe posterior sobre el desarrollo de la enfermedad, los médicos Luis Agote y Arturo Medina calcularon que los primeros casos probablemente ocurrieron a principios de diciembre, luego de que la peste se expandiera mediante ratas que viajaron desde el litoral por tierra utilizando los trenes u otros medios de transporte. La primera víctima parece haber sido un comerciante de cereales y granos que trabajaba en la zona del Mercado *Once de Septiembre* y había presentado síntomas luego de haber supervisado un cargamento de trigo proveniente de Rosario.⁴⁷⁰ Falleció dos días después pero su diagnóstico oficial fue de influenza aguda. Otros casos se presentaron en las proximidades, cerca de los depósitos del ferrocarril sobre la calle *Centro América* pero la confirmación a partir de análisis de laboratorio recién se produjo el día 22 de enero.

Agote y Medina afirman que había resistencias a admitir la presencia de la peste en territorio nacional. El mismo Wilde había viajado a Rosario para supervisar la situación en el mes de octubre de 1899. Desde allí telegrafió a Roca luego de haber visto un ensayo en un paciente que fue finalmente diagnosticado con tuberculosis y no peste. Para esto se había inoculado con tomas extraídas del enfermo a ratones de laboratorio, esperando ver si esto les causaba la muerte. Ante un resultado negativo y un posible caso en Corrientes, Wilde escribió una serie de telegramas dirigidos al presidente, que fueron publicados por la prensa porteña, en los que se burlaba y atacaba a los bacteriólogos por haber diagnosticado peste bubónica erróneamente:

“Venimos de ver el caso de la nueva denuncia. Era tuberculosis: Presenció el examen de los ratones inoculados; eran cuatro y hubo que matarlos a palos por no querer morirse por la inoculación. Varios ratones vecinos se presentaron al intendente municipal pidiendo ser inoculados en vista de que era el único medio de prolongar la vida. Bacteriólogo desolado. Muchos pedidos de recomendación para empleos con motivo de los casos sospechosos. No creo en el nuevo caso de Corrientes. Es necesario que inventen terremotos, pues va pasando la moda de la peste”.⁴⁷¹

Wilde no era el único en restar importancia a la aparición de casos. Echenberg afirma que los grandes periódicos porteños *La Prensa* y *La Nación* también hacían lo propio. Distinta era la opinión de la prensa especializada que aseguraba que sobraba evidencia para confirmar que la enfermedad presente era la peste bubónica.⁴⁷² Entre octubre y fines de enero, si la peste aparecía en otras ciudades del mundo entonces la noticia cobraba una gran importancia y

⁴⁷⁰ Echenberg (2010) :141.

⁴⁷¹ *Revista Caras y Caretas*, (1899, 28 de octubre). Año II, N°56

⁴⁷² *La Semana Médica* (3 de octubre de 1901), Año VIII, N°40, 604.

ocupaba un lugar importante en las secciones de los diarios. Pero si lo mismo sucedía dentro del territorio nacional el espacio que ocupaba en la publicación era mucho menor y considerada una falsa alarma.⁴⁷³ Esta tendencia presentó un ligero cambio entre el primer caso confirmado oficialmente en Rosario por el DNH, el 15 de enero de 1900, y la declaración de infección 10 días después, el 25 de enero. La primera de estas fechas fue utilizada luego en el informe de Agote y Medina para la confección de una cartografía de la ciudad de Rosario, en la que se consignaron los casos sucedidos antes y después de ese día hasta el final del brote, aproximadamente a fines de abril de 1900 con 700 infectados de los cuales 248 fallecieron.⁴⁷⁴ Este plano además resulta interesante por ser una de las primeras cartografías en la que se documentaba una enfermedad y su distribución a nivel urbano en el país. Sobre la trama de la ciudad se destacaban en color rojo los posibles focos de infección y la ubicación de los casos ocurridos por manzana antes del 15 de enero. En color negro se señalaban aquellos casos ocurridos entre el 15 de enero y el 30 de abril (negro) (**Figura 6.12**).⁴⁷⁵

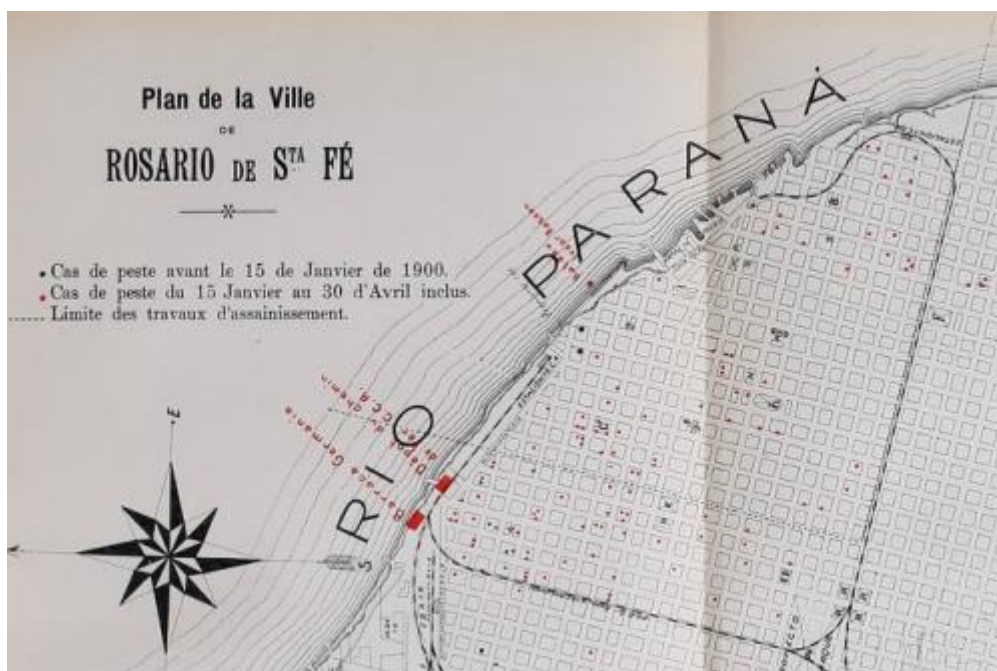


Figura 6.12: Plan de la Ville de Rosario de Santa Fe. Los tres focos señalados de izquierda a derecha corresponden a la Barraca *Germania*, elevadores de granos del ferrocarril F.C.C.A. y depósitos del puerto. Fuente: Agote; Medina (1901).

⁴⁷³ Echenberg (2010) :144.

⁴⁷⁴ Engelmann; Lynteris (2020):160.

⁴⁷⁵ Agote y Medina también elaboraron un plano de similares características sobre la expansión de la enfermedad en la ciudad de Asunción.

Entre 15 de enero y el 26 de enero, Penna afirma que se vivió un periodo de indecisión signado por la falta de rigor de la dirección del DNH. Aun con una alta presencia de ratas muertas, fenómeno que acompañaba todas las epidemias de peste bubónica, nuevos fallecidos fueron diagnosticados con bronconeumonía e infección intestinal, y fueron enterrados sin practicarles autopsia. Recién el 22 de enero se enviaba material sanitario junto con los Dres. Delfino y Voges para investigar la verdadera naturaleza de la enfermedad. Dos días después 237 peones que trabajaban en la barraca *Germania* (primer foco desde la izquierda en la **Figura 6.12**) debieron ser aislados en la Escuela de Artes y Oficios, que fue destinada a lazareto, pero más casos se estaban produciendo en la ciudad cerca del Mercado Municipal, la barraca *Quintana* y el *Pasaje Sagüier*. Penna denunciaba que, lejos de tomar medidas sanitarias de mayor rigor, solo se aislaron imperfectamente algunos sectores y ni siquiera se pusieron en efecto “disposiciones ya clásicas” ante una posible epidemia, como la declaración obligatoria de casos, vacunación preventiva, visitas domiciliarias o desinfección de locales afectados. En su lugar se puso en práctica la censura telegráfica para toda comunicación con noticias alarmantes con el fin de contener el humor social.⁴⁷⁶

El 26 de enero, ya sin alternativa, finalmente se emitió un comunicado en el que se reconocía la existencia de la peste bubónica. A partir de este punto las medidas sanitarias se volvieron mucho más estrictas y diametralmente opuestas a la laxitud de las anteriores. Un cordón sanitario, medida claramente alejada de la profilaxia moderna, fue impuesto a la ciudad de Rosario por el presidente Roca y el DNH. Tres estaciones sanitarias fueron establecidas, la primera en la estación *Ludueña* vinculada a los ferrocarriles *Central Argentino, Córdoba y Rosario* y *Fives Lilles*, otra en la estación *Perez* para el ferrocarril *Oeste Santafecino* y la última para el F.C.B.A. de la que no se consigna ubicación exacta. Cada estación contaría con una estufa tipo “locomóvil” sistema *Geneste Herschel*, 5 aparatos para la desinfección a formol y pulverizadores de bicloruro. Todas las personas que quisieran salir de Rosario debían pasar por una de estas estaciones donde se le practicaría la desinfección de sus ropas y efectos personales, quedando en observación por diez días. Además, una guardia naval armada patrullaba el río Paraná para evitar la salida o la entrada de enfermos estableciéndose también desinfección y observación sanitaria de diez días para las embarcaciones del puerto.

Esta decisión constituyó la primera y única vez que un cordón sanitario fue aplicado en el país. Dos años después Penna denunciaría la enorme contradicción que esto significaba considerando que el mismo Wilde había rechazado por completo aplicar esa medida sanitaria

⁴⁷⁶ *La Semana Médica* (10 de octubre de 1901), Año VIII, N°41,620.

aún en situaciones mas críticas, como la epidemia de cólera de 1886. Solo el consejo de asesores incompetentes, afirmaba Penna, podrían haberlo empujado a esa decisión que fue rechazada por los higienistas y la opinión pública. Además exhibía una ausencia de criterio en tanto que en la capital se presentaba el mismo grado de desarrollo de la enfermedad y esas medidas no fueron aplicadas.⁴⁷⁷ En su propio informe, Malbran recordaria que todas estas disposiciones motivaron una intensa resistencia por parte del público que ocultaba deliberadamente a los enfermos para que no fueran aislados y por parte del comercio, creando un estado de tensión permanente.⁴⁷⁸

Por otra parte, y obedeciendo las normas del reglamento sanitario de 1886, Wilde notificó a su par en Brasil, Nuno de Andrade, sobre la situación sanitaria de manera de aplicar la observación de 10 días a las procedencias locales. Sin embargo, Brasil eligió aplicar medidas más estrictas siguiendo el ejemplo de Italia y amparándose en el rigor exhibido en Rosario, elevando la cantidad de días a 20 e incumpliendo el acuerdo firmado por las tres naciones, lo que suspendió los intercambios por varios meses.⁴⁷⁹ Con cierta ironía Penna afirmaba que esto constituía el caso “más original” de una profilaxia que resultaba más beneficiosa para los países extranjeros que para el propio país afectado, manteniendo la enfermedad en acción, sin atacarla debidamente y con el comercio obstaculizado.⁴⁸⁰

Con el incremento de casos, nuevos espacios de aislamiento provisorios fueron puestos en funcionamiento. Por la poca disponibilidad de camas de la Casa de Aislamiento de Buenos Aires, tuvo que ser habilitado un lazareto en los cuarteles de artillería que se estaban construyendo en Liniers, lugar propicio por la distancia que suponía del medio urbano pero a la vez comunicado mediante el Ferrocarril del Oeste, que fue utilizado para el traslado de pacientes (**Figura 6.13**).

⁴⁷⁷ *La Semana Médica* (10 de octubre de 1901), Año VIII, N°41,620.

⁴⁷⁸ Malbrán (1931):18.

⁴⁷⁹ Echenberg (2010) :142.

⁴⁸⁰ *La Semana Médica* (10 de octubre de 1901), Año VIII, N°41,621.



Figura 6.13: Patio central del nuevo lazareto de Liniers, 1900. Puede verse la distancia que suponía del resto de la ciudad consolidada. Fuente: AGN, caja 76, n°164288.

Tanto en Rosario como en Buenos Aires se intensificó la campaña de desinfección que incluyó la matanza de ratas, el desalojo de viviendas precarias que fueron posteriormente quemadas, la implementación de un sistema de recolección de basuras diario, instalación de baños públicos para fomentar la higiene de la población y vacunación preventiva utilizando el suero de Pasteur con las limitaciones impuestas por las cantidades disponibles (**Figura 6.14**).



Figura 6.14: Barrio del Puente frente al dique N°4 que fue desalojado por insalubre por las autoridades sanitarias. Fuente: Revista *Caras y Caretas* (1900, 10 de febrero). Año III, N°71.

Aun con estas disposiciones, las autoridades consulares de otros países en Argentina sospechaban de ocultamiento de casos para evitar consecuencias en su economía al recibir patentes sucias en sus embarcaciones. Sumado a esto, para los primeros días de febrero el tono utilizado por la prensa para referirse a la gravedad de la situación cambió. Inclusive un periódico como el *Buenos Aires Herald*, proclive a criticar toda medida cercana a las cuarentenas y que en días previos había relativizado el impacto del brote, el 6 de febrero publicaba una pregunta como

titular: “*Is this the plague?*”.⁴⁸¹ Allí consignaba que entre el 29 de enero y el 4 de febrero habían muerto 600 personas en la ciudad frente a los 288 del año anterior lo que no quedaba claro si atribuirlo a las altas temperaturas que se estaban produciendo ese verano o a algo más grave como la peste bubónica. En particular, en los días mencionados por el *Herald*, la temperatura había superado los 40° y nunca había bajado de 31°. Además, en los sótanos de los almacenes de la Aduana se habían encontrado una gran cantidad de ratas muertas.⁴⁸² *La Prensa* por su parte comparaba esto con la epidemia de fiebre amarilla de 1871, pero mantenía un cierto reparo en atribuirle la responsabilidad a la peste.⁴⁸³ *Caras y Caretas* optó por publicar dos notas, una sobre las víctimas de la insolación, en la que afirmaba que los médicos habían descartado a la peste como la causa de esas muertes, y otra sobre los episodios en que la enfermedad estaba oficialmente confirmada.⁴⁸⁴

En un artículo publicado dos años después Penna recordaría este momento y en especial la gestión de la emergencia a cargo de Wilde, afirmando que este tenía “ideas extrañas sobre las epidemias”, en relación con su creencia en el surgimiento espontáneo de las enfermedades. No era extraño que la cuestión le pareciera de “poca monta” considerando su inacción cada vez que un brote epidémico de fiebre amarilla atacó al país tanto en 1871, como en 1896 y en 1898, en la que consideró a esta última como una “reviviscencia” de la sucedida 2 años antes.⁴⁸⁵ Para el momento en que su teoría se había demostrado incorrecta ya “(...) había tenido la buena fortuna de estar muy lejos en una posición más comfortable”.⁴⁸⁶ En efecto, para este momento Wilde había recibido de su amigo el presidente Roca la oportunidad de asumir como embajador argentino en los Estados Unidos. Queda claro que para Penna esto fue más una vía de escape que un reconocimiento.

Quien lo reemplazó al frente del DNH fue Carlos Malbrán, quien contaba con una imagen positiva a raíz de su labor en Asunción, donde inclusive se enfermó de neumonía, aunque también había recibido críticas por su apoyo al cordón sanitario impuesto por Roca a la capital santafesina. En ese sentido, Malbrán se encontraba mucho más cercano a las nuevas ideas de la biomedicina. Echenberg sostiene que posiblemente el flamante presidente del DNH se encontraba “cooptado” por el control político de Roca y que por ese motivo mantuvo las medidas restrictivas.⁴⁸⁷ Sin embargo, notas periodísticas dan cuenta de que, ante el reclamo de

⁴⁸¹ Echenberg (2010) :146.

⁴⁸² Malbrán (1931):19.

⁴⁸³ Echenberg (2010) :146.

⁴⁸⁴ *Revista Caras y Caretas*, (1900, 10 de febrero). Año III, N°71.

⁴⁸⁵ *La Semana Médica* (3 de octubre de 1901), Año VIII, N°40,603.

⁴⁸⁶ Echenberg (2010) :149.

⁴⁸⁷ Echenberg (2010) :150.

comerciantes y mercaderes rosarinos por las consecuencias de la aplicación del cordón sanitario, Malbrán autorizó que se permitiera la salida de mercaderías hacia el interior, previa desinfección rigurosa, entre otras disposiciones que relajaban los controles.⁴⁸⁸ Esto a la vez hizo que las autoridades locales estuvieran más dispuestas a dar cuenta de los posibles casos de peste bubónica en lugar de ocultarlos. En ese sentido resulta representativa la imagen elaborada por *Caras y Caretas* en la que se lo dibuja con un cordón “sanitario” en una mano y un fumigador en la otra (Figura 6.15).

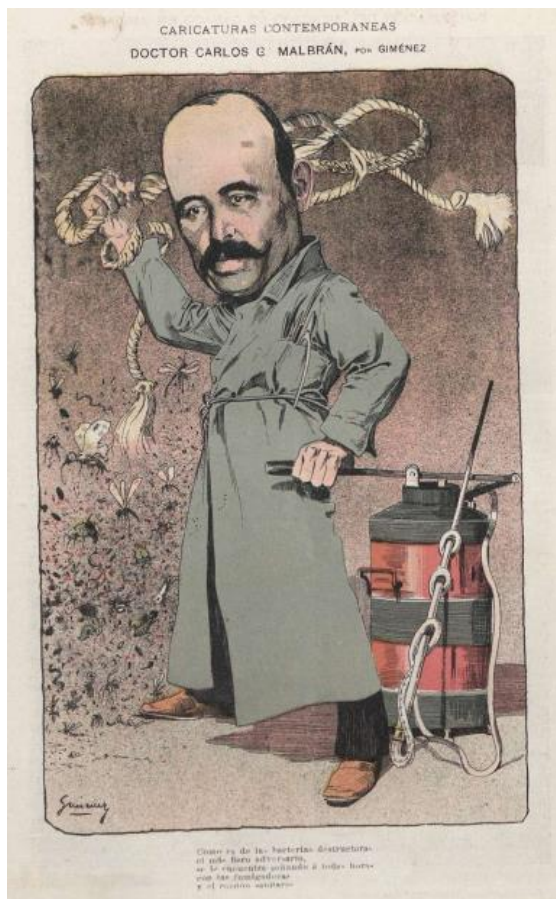


Figura 6.15: Representación del Dr. Carlos Malbrán. El pie de imagen reza “Como es de las bacterias destructoras el más fiero adversario se lo encuentra soñando a todas horas con las fumigadoras y el cordón sanitario”. Fuente: Revista *Caras y Caretas*, (1900, 1 de septiembre). Año III, N°100.

En la capital, Malbrán continuó con una intensa campaña higiénica para contener la peste, lo que implicó que el lazareto provisional de Liniers siguiera ofreciendo servicios aun pasado el pico de casos en los meses de marzo y abril. En especial se utilizó para aislar a todos aquellos desalojados de distintos conventillos a partir de casos sospechosos, que en muchos casos terminaban con la quema total del inmueble para erradicar el posible foco de infección. Por lo extendido de estos operativos “(...) algunos llegaron a temer hubiese concluido por reducir a cenizas medio Buenos Aires”.⁴⁸⁹

⁴⁸⁸ Revista *Caras y Caretas*, (1900, 10 de febrero). Año III, N°71.

⁴⁸⁹ Revista *Caras y Caretas*, (1900, 24 de marzo). Año III, N°77.

Dicho ímpetu fue acompañado por el avance de distintas obras públicas a cargo de la Municipalidad de la ciudad como la provisión de agua potable y la instalación de cloacas domiciliarias. En el bienio 1900-1901 también se registra un avance significativo en la pavimentación lo cual según la *Memoria Municipal* no solo contribuía a la facilidad de aseo y a la desaparición de malos olores, sino que había tenido un reconocible impacto en evitar la propagación de la viruela. Sobre 2.596 casos denunciados entre abril y agosto solo 200 se encontraban dentro del perímetro pavimentado, comprendido en el radio entre Alsina, Entre Ríos, Callao y la Rivera.⁴⁹⁰ Además, se avanzaba en la construcción de siete pabellones definitivos para la Casa de Aislamiento, la instalación de uno de madera para tuberculosos y de una nueva estufa de desinfección, además de otras obras generales del establecimiento (**Figura 6.16 y 6.17**).

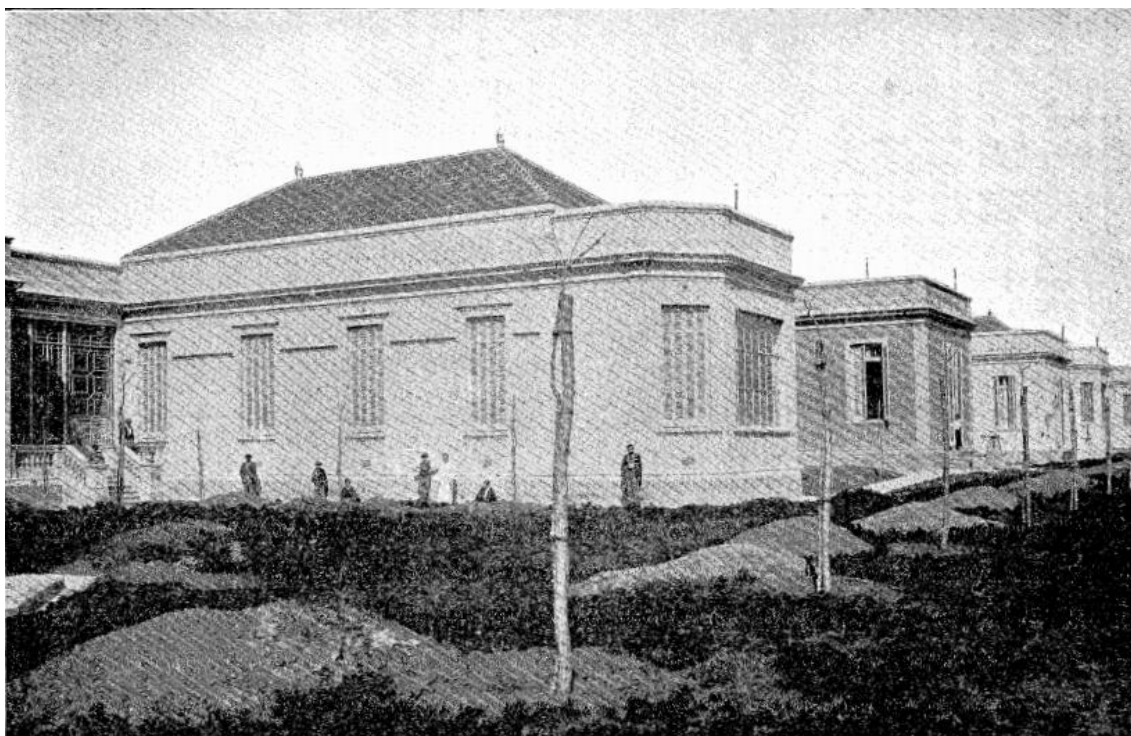


Figura 6.16: Nuevos pabellones de la Casa de Aislamiento. Fuente: Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1898-1901): 25.

⁴⁹⁰ Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1898-1901): 23.

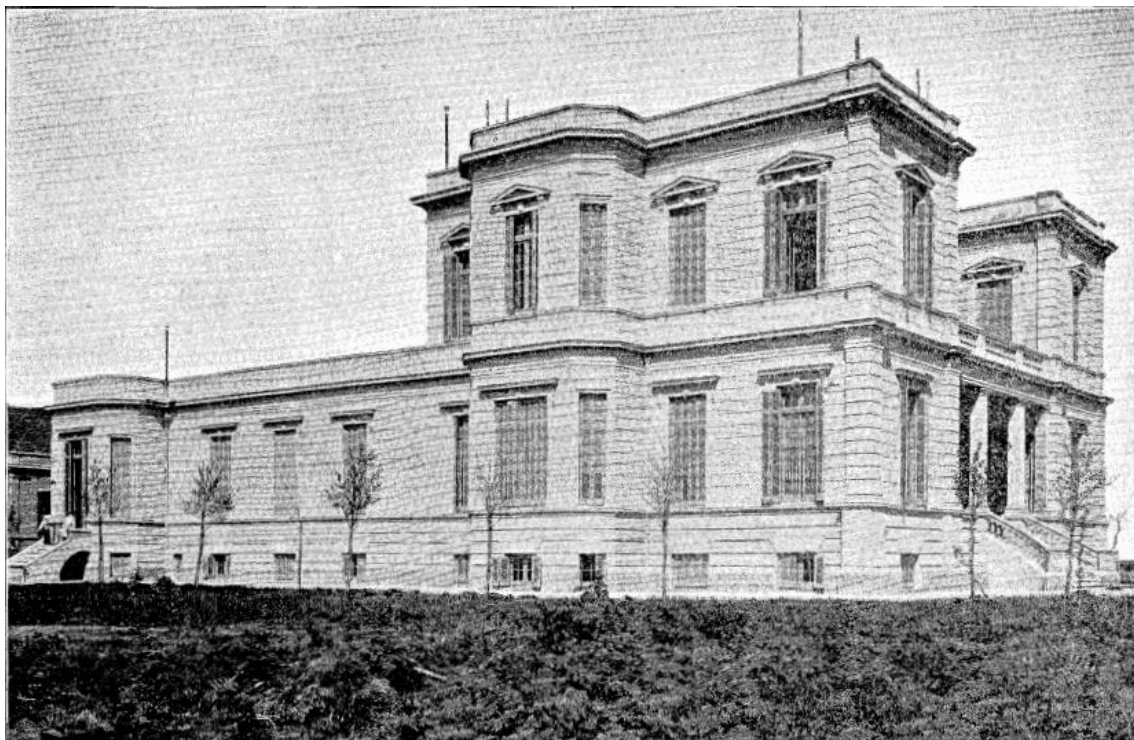


Figura 6.17: Pabellón de administración de la Casa de Aislamiento. Fuente: Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1898-1901): 25.

En la *Memoria Municipal* correspondiente a 1898-1901 se señalaba que se le había prestado especial atención a las obras de este hospital porque “(...) es una vergüenza ofrecer como casas de sanidad, barracas de madera, en estado de deterioro y con muchos años de servicios recibiendo a toda clase de enfermos. (...) los que hoy la visitan, que son pocos, se admiran de la vista de sus nuevas e higiénicas salas. Dentro de poco y si continúo obteniendo los fondos, aquel Hospital hará honor a la beneficencia social”.⁴⁹¹

⁴⁹¹ Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1898-1901):53.

La cuestión de los fondos no era un dato menor, ya que el proyecto completo estaba lejos de terminarse. Cabe señalar que el planteo original fue ampliado con la compra de dos terrenos próximos, lo que permitió a José Penna planificar dos pabellones más destinados a los enfermos tuberculosos aprovechando la flexibilidad tipológica general a la que ya nos hemos referido. Recién fueron inaugurados en 1905 gracias a donaciones hechas por el señor Roverano y la señora de Arroyo (**Figura 6.18**).

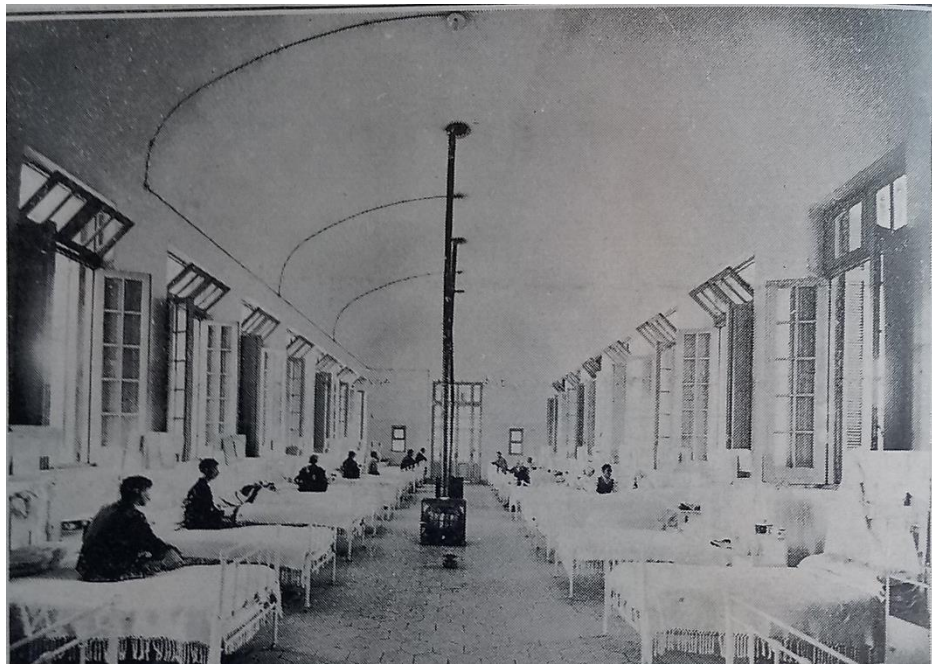


Figura 6.18: Interior del Pabellón Roverano. Fuente: Penna (1910): 316.

En 1910, luego de 16 años de funcionamiento de la Casa de Aislamiento, Penna lamentaba la suma lentitud de las obras y que, habiendo pasado tanto tiempo, faltara tanto para su concreción definitiva. Atribuía esto al lugar sumamente subordinado que ocupaba la ASyAP dentro del esquema de dependencia municipales y la escasa atención que tanto la Intendencia como el Consejo Deliberante le han prestado a la edificación de hospitales en general. A eso se sumaba la desinversión presupuestaria, que entre 1895 y 1901 había decrecido considerablemente.⁴⁹²

En ese sentido, Penna denunciaba que “la acción directriz institucional, administrativa, regular, es tan inestable que rara vez alcanza a sostenerse el tiempo requerido para su consolidación definitiva”.⁴⁹³ Como hemos visto esta falta de sostenimiento en el tiempo no

⁴⁹² Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1898-1901): 51. En efecto, desde 1895 hasta 1901 la inversión decreció casi en forma sostenida año tras año mientras que número de camas fue en aumento. En 1895 los hospitales contaban con 1.842 camas, mientras que en 1901 ese número ascendió a 2.900. En el mismo período la afectación de fondos para la ASyAP fue la siguiente: 1895-17%, 1896-16%, 1897-10%, 1898-12%, 1899-10%, 1900-9%, 1901-8 ½ %.

⁴⁹³ Penna (1910) : 326.

aplicaba únicamente a las obras sanitarias de la capital, sino que ya estaba presente a nivel nacional y continuaba vigente en este principio de siglo.

6.3- Una sanidad tecnocientífica

La primera década del nuevo siglo del DNH tuvo a Carlos Malbrán al frente. En ese periodo podemos ver un definitivo corrimiento del foco de atención, que se trasladó de las enfermedades importadas a aquellas que se daban en forma endémica. En efecto, estadísticas del DNH correspondientes a la mortalidad en la capital en el año 1900, es decir cuando la principal preocupación era la posible propagación de la peste bubónica, daban cuenta que la primera causa de muerte era la tuberculosis con un 58,4% de los casos, seguida por la escarlatina 11,2% y la difteria 8,6%. La peste solo había causado el 0,5%. Un posible correlato de este cambio en medidas sanitarias puede leerse en los proyectos de reglamentación de la higiene en los ferrocarriles, es decir en un creciente interés en controlar la circulación interna de las enfermedades, aspecto crucial si consideramos sus efectos en las últimas epidemias que abordamos. La convocatoria del DNH, en mayo de 1902, a una conferencia destinada a evaluar y combatir la endemia palúdica en el nordeste del país apuntaba en la misma dirección.⁴⁹⁴

Estos estudios también mostraban las consecuencias positivas de las medidas sanitarias y de higiene implementadas. En 1901 Emilio Coni presentó en el *Segundo Congreso Científico Latinoamericano* un estudio comparado sobre el avance de las enfermedades infectocontagiosas en los países sudamericanos a partir de la aplicación de preceptos profilácticos y la declaración obligatoria.⁴⁹⁵ Puede decirse que este informe buscaba demostrar el impacto positivo que había tenido la profilaxia moderna contra las enfermedades exóticas basada en tres pilares: la declaración obligatoria de casos, el aislamiento y la desinfección; acciones que Coni había propuesto en 1896 para la higienización de las provincias de Mendoza y Corrientes, y que más recientemente habían sido respaldadas en el *Congreso Internacional de Higiene de Paris* de 1900 y luego en la *Conferencia Sanitaria Panamericana* de La Habana de 1902.⁴⁹⁶ Estas medidas se combinaban con aquellas obras de saneamiento urbano necesarias para prevenir las enfermedades infectocontagiosas: provisión de agua potable, drenaje del subsuelo y red de alcantarillado. En el contexto sudamericano dos ciudades destacaban por su “inmunidad con respecto a la fiebre amarilla y la peste bubónica”: Montevideo y Buenos Aires. Para Coni ambas eran ciudades perfectamente saneadas, con una organización sanitaria

⁴⁹⁴ Veronelli, J.C.; Veronelli Correch, M. (2004):351.

⁴⁹⁵ *La Semana Médica* (18 de abril de 1901), Año VIII, N°16,219.

⁴⁹⁶ *La Semana Médica* (18 de abril de 1901), Año VIII, N°16,221.

excelente, lo cual era destacable considerando los intercambios constantes con Rio de Janeiro, donde la fiebre amarilla hacia estragos, y además era respaldado por las estadísticas comparadas con otras capitales sudamericanas.⁴⁹⁷ Aun así estas medidas sanitarias no habían tenido un gran impacto frente a otras afecciones, en especial la influenza, el sarampión, la escarlatina y el coqueluche. En 1900 Buenos Aires había sufrido una epidemia de sarampión y escarlatina que habían costado la vida de 193 y 359 personas respectivamente.

Las afirmaciones de Coni parecen verificarse en un informe de 1903 que registraba las tasas de mortalidad en las últimas tres décadas referido a enfermedades infecciosas. Dicho estudio mostraba una gran mejoría en la capital de la república: en la primera década (1873-1882) el porcentaje cada mil habitantes era del 6,6%, en la segunda (1883-1892) ese porcentaje ascendía al 6,8%, pero en el cambio de siglo (1893-1902) ese número descendía a casi la mitad, 3,6%.⁴⁹⁸

Por otro lado, la incógnita sobre la forma de transmisión de la fiebre amarilla parecía estar llegando a su fin. Una comisión de médicos llevó adelante distintos ensayos en la isla de Cuba durante los años 1900 y 1901, con el fin de demostrar la hipótesis de Carlos Finlay, propuesta en 1882, que afirmaba que la enfermedad era diseminada por mosquitos de la especie denominada por Finlay *Culex mosquito*. Esto explicaba los períodos de recurrencia y desaparición de la enfermedad durante las temporadas cálidas y frías, que eran coincidentes con los períodos activos de estos insectos. Las pruebas consistieron en la destrucción de las larvas de mosquito, eliminando los pozos de agua estancadas, por otro lado, impedir que picaran a un paciente ya enfermo cubriéndolo con una red metálica, y finalmente utilizar elementos de desinfección para matar a los mosquitos cercanos a las casas de los padecientes. Un informe del DNH señalaba que la campaña había dado tan buenos resultados que ya a fines de septiembre de 1901, se registró en La Habana el último caso de fiebre amarilla.⁴⁹⁹

Tanto la experiencia cubana como otras posteriores llevadas adelante en distintas ciudades de Brasil se dieron a conocer en detalle durante el *Segundo Congreso Médico Latinoamericano*, ocurrido en la ciudad de Buenos Aires en 1904.⁵⁰⁰ La hipótesis de Finlay tenía una fuerte aceptación en el medio local salvo por algunas críticas para nada despreciables. El Dr. Francisco Otero por ejemplo, no anulaba la hipótesis de plano sino que introducía otras

⁴⁹⁷ Recién en 1903 Brasil empezaría a revertir esta imagen con las reformas llevadas adelante por Oswaldo Cruz al asumir la presidencia del Departamento Nacional de Higiene del Brasil en reemplazo de Nuno de Andrade. Echenberg (2010):171.

⁴⁹⁸ *Departamento Nacional de Higiene* (1903): 277

⁴⁹⁹ *Departamento Nacional de Higiene* (1903):569.

⁵⁰⁰ *Departamento Nacional de Higiene* (1904): Pp.282.

variables, como la posibilidad de que la enfermedad fuera transmitida por más de una especie de mosquito.⁵⁰¹ Su experiencia en el lazareto flotante y en la ciudad de Buenos Aires le permitían dudar sobre la presencia de esta variedad de mosquitos en cantidad suficiente para provocar los episodios epidémicos previos, como también de la capacidad del *Culex* para volar grandes distancias, como la que había desde la costa a la rada exterior, donde se mantenía a los barcos sospechosos. Este aspecto lo llevaba a sugerir que probablemente otra variedad de mosquito también pudiera oficiar como vector para la fiebre amarilla.

José Penna también dudaba de la teoría de Finlay por no estar lo suficientemente probada y se volcaba a acompañar a José Sanarelli en su hipótesis sobre la acción patógena del bacilo ictericoide por el descubierto. El método para combatirlo sería nuevamente el aislamiento y la desinfección.⁵⁰² Aun con estas críticas Otero afirmaba que “(...) nuestra policía sanitaria marítima está en vías de sufrir un cambio trascendental y beneficioso a la vez para la salud pública y para el comercio exterior, eliminando de sus procedimientos cuanto de inútil, ficticio y rutinario ha figurado en sus reglamentos y concretando su atención y actividad a la pesquisa del enfermo importado y su aislamiento inmediato.”⁵⁰³

En este sentido, uno de los primeros logros que se adjudicó Malbrán al llegar al cargo de presidente del DNH fue la eliminación de las cuarentenas como medida sanitaria. Esto podría resultar llamativo teniendo en cuenta la ley de supresión ya mencionada de 1895, pero si consideramos las medidas tomadas durante la epidemia de peste bubónica podríamos comprender la afirmación del nuevo director. Una nota conmemorativa a la labor del médico, escrita por los miembros del *Centro de Navegación Transatlántica* en 1910, cuando dejó el cargo para ingresar al Senado de la Nación, parece confirmar esta teoría. En dicha nota se le agradecía a Malbrán por haber logrado conciliar el cuidado de la sanidad del país con los intereses de la navegación:

“Al asumir dicho cargo encontrasteis implantado con todo vigor el sistema de las cuarentenas que tantos perjuicios ocasionaba al país y a la navegación y con fe en la moderna profilaxia fuisteis desalojando esas prácticas tan vetustas, cuando con exageración se emplean, y estableciendo aquellas medidas de orden más moderno que la ciencia y la práctica aconsejan”.⁵⁰⁴

⁵⁰¹ *Departamento Nacional de Higiene* (1904):197.

⁵⁰² Veronelli, J.C.; Veronelli Correch, M. (2004):355.

⁵⁰³ *Departamento Nacional de Higiene* (1904):253.

⁵⁰⁴ Malbrán (1931): 74.

Esta visión positiva por parte de las compañías resulta interesante considerando que, desde 1901, por un pedido del DNH que fue luego traducido a un decreto nacional, el costo de la desinfección era asumido por las compañías de vapores a razón de 0,50 centavos moneda nacional por pasajero y tripulante. Este aspecto ya estaba presente en el art. 74 del Reglamento Sanitario vigente, pero se hizo efectivo en estas fechas ya que, según los considerandos de la ley, no era justo que el erario público cargara con el costo de la desinfección teniendo en cuenta que el servicio evitaba a las compañías los trastornos y gastos representados anteriormente por las cuarentenas.⁵⁰⁵ Este impuesto buscaba dotar de recursos económicos al DNH, considerando las limitaciones que había tenido en el pasado, pero pocos años después la recaudación paso a Rentas Generales.⁵⁰⁶

De todas maneras, es necesario decir que los episodios que demandaban medidas de rigor habían disminuido considerablemente. En efecto, los habituales partes de los meses calurosos, en los que se constataba recurrentemente la presencia de fiebre amarilla daban cuenta de dos aspectos: en primer lugar de un número de casos menor a las últimas décadas, y en segundo lugar de un sistema que funcionaba principalmente mediante el aislamiento solo de aquellos pacientes con síntomas en el Hospital flotante *Rodolfo del Viso*, a cargo del Dr. Otero, y del traslado de los cadáveres a la Isla Martín García para su autopsia y cremación.⁵⁰⁷

La hipótesis de Finlay sobre el vector de la fiebre amarilla representaba buenas noticias para las autoridades sanitarias considerando los métodos de desinfección que ya se estaban llevando adelante, los cuales eran efectivos contra los mosquitos. No era lo mismo en relación con la última epidemia de enfermedad exótica, la peste bubónica, debido a que estas sustancias parecían tener un efecto limitado en las ratas, por lo cual debía buscarse otro método para lograr contener esa amenaza. Esto nos permitirá observar un punto que venimos desarrollando en estos últimos capítulos: la continuidad en el desarrollo de elementos tecnocientíficos como alternativa moderna a las medidas de rigor, que en algún caso se tradujo en la importación de nuevas tecnologías y en otro en la expansión de la infraestructura existente.

⁵⁰⁵ *República Argentina* (1901- Primer cuatrimestre): 4.

⁵⁰⁶ Veronelli, J.C.; Veronelli Correch, M. (2004): 350.

⁵⁰⁷ *Departamento Nacional de Higiene* (1903):184.

Año	Epidemias (victimas fatales)						
	Fiebre Amarilla	Sarampion	Colera	Fiebre Tifoidea	Viruela	Difteria	Escarlatina
1858	141						
1865		269					
1867			1653				
1868			993				
1869			319	600			
1871	13.614				1656		
1872					836		
1873		71					
1874		125	790				
1875					1041		
1876						240	
1877					429	369	
1878							
1879							
Subtotal	13755		3755				
1880					832	335	
1883					1510		
1884		164					
1886			562			452	
1887		141	530		1299	1052	
Subtotal			1092				
1895	10	812					598
1900							359
1901					1227		409
1906					970		
1910					543		
1915		353				402	

Tabla 6.1: Epidemias de enfermedades infectocontagiosas registradas entre los años 1858-1915 en la ciudad de Buenos Aires y número de víctimas en valores absolutos. Reproducido de Álvarez, A. (2004):309.

En 1903 Jacobo García sugirió un nuevo método para extinguir las ratas que pudieran estar a bordo ya que "(...) las practicas sanitarias en vigencia en todas partes no solo son ineficaces sino que imponen gravámenes, demoras y perjuicios de todo género al comercio, que en ultimo termino es el que soporta sus efectos, sin la compensación de ver garantida la salud pública e indirectamente sus intereses".⁵⁰⁸ García se refería a la práctica habitual del quemado de azufre, que demoraba 24 horas y que solo lograba matar un número reducido de roedores, mientras que el resto lograba escapar. Lo que el medico proponía era la aplicación del invento desarrollado por el ingeniero A. C. Lafond en Lyon, consistente en el uso de ácido carbónico líquido, que a temperatura ambiente se vaporizaba. El invento de Lafond permitía inyectar esta sustancia inolora a gran velocidad lo que no alertaba a las ratas y además no afectaba las cargas a bordo. El sistema podía ser implementado utilizando una barca de carga que llevara los tubos de la sustancia, cuya disposición podía ser la siguiente (**Figura 6.19**):

⁵⁰⁸ Departamento Nacional de Higiene (1903):262.

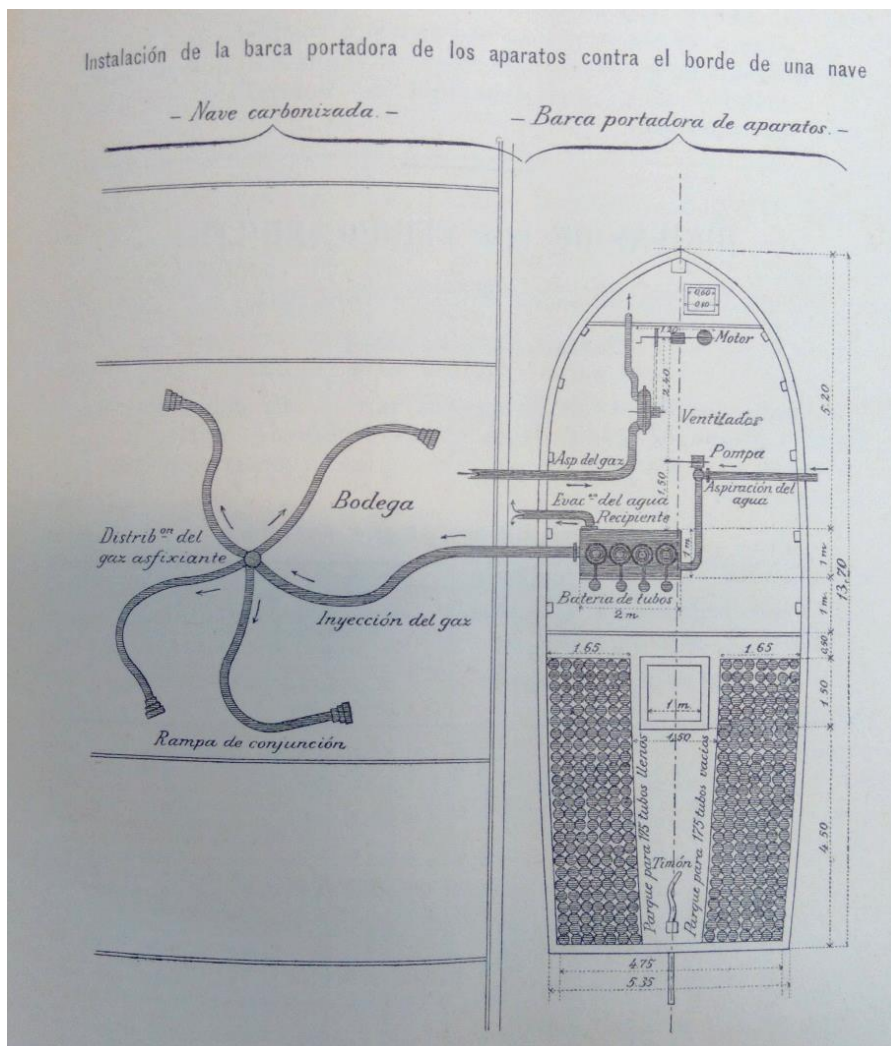


Figura 6.19: Grafico demostrativo del sistema desarrollado por Lafond en una barca (a la derecha) aplicando el ácido carbónico en otra embarcación a descontaminar (izquierda). Fuente: Departamento Nacional de Higiene (1903).

Para la implementación de este y otros desarrollos científicos se necesitaba una fuerte inversión en obras tanto a nivel nacional como municipal. En algún caso esto sería para incorporar nuevos programas y en otros para adecuar la infraestructura edilicia existente. Al igual que en años anteriores parte de estos proyectos quedaron en el papel mientras que otros pudieron ser efectivamente materializados.

En 1901 se presentó un proyecto de ley (n°4039) que creaba un impuesto sobre la venta de especialidades medicinales y dietéticos, y estableciendo la tarifa del análisis químico de las mismas.⁵⁰⁹ A través de este impuesto se buscaba conseguir recursos para la creación de una Estación Sanitaria y de un Instituto Bacteriológico. Ambas instituciones eran consideradas indispensables para servir como base científica y como órgano de ejecución de las determinaciones profilácticas del DNH, pero cuyo costo excedía por mucho el presupuesto

⁵⁰⁹ Departamento Nacional de Higiene (1906): 486.

ordinario asignado a la repartición. La ley entró en vigencia en 1902 y para 1905 había logrado recaudar dos millones cien mil pesos moneda nacional.⁵¹⁰

La demanda de una estación sanitaria se vuelve más importante al revisar los acuerdos logrados en una nueva Convención Sanitaria entre las tres potencias sudamericanas, a las que en este caso se sumó el Paraguay. Los delegados se reunieron en Rio de Janeiro en 1904 y lograron un convenio en el que las cuarentenas fueron explícitamente prohibidas y reemplazadas por el aislamiento de enfermos confirmados y sospechosos, la desinfección, la intervención de los inspectores sanitarios de navío, la vigilancia sanitaria y las vacunaciones preventivas.⁵¹¹ En el caso de pasajeros de 1° y 2°, la vigilancia sanitaria debía ser realizada en tierra, sin afectar la libertad de tránsito y pudiendo recurrir al sistema de pasaportes sanitarios. Solo en los casos de pasajeros de 3° esa vigilancia se podría realizar en un local y bajo las restricciones que se consideraran convenientes. Frente a las enfermedades exóticas tratadas en todas las convenciones sudamericanas, este último acuerdo recogía los avances médicos a los que nos hemos referido para determinar tiempos de vigilancia según los periodos de incubación específicos, y normas de profilaxia ajustados a la etiología de cada enfermedad. En efecto, se definía que las autoridades sanitarias debían prestar especial atención al estado del agua de consumo en el caso del cólera, confirmándola como enfermedad hídrica; a la presencia de ratas en el caso de la peste bubónica, corroborándolas como posible vector; y también garantizar los medios para evitar la presencia de mosquitos, ratificando su rol en la propagación de la fiebre amarilla. El reglamento fue sancionado finalmente en agosto de 1908.⁵¹²

Claramente la bacteriología había permitido obtener respuestas que permitieron una definición más precisa de los reglamentos sanitarios, con lo que la creación de un instituto bacteriológico que habilitara continuar la investigación de las enfermedades exóticas y endémicas resulta comprensible. Ya en 1901 Malbrán sometió a consideración del Poder Ejecutivo un proyecto de ley que ampliaba los servicios del DNH, en especial de la Oficina Bacteriológica, destinada a la producción de sueros y estudios experimentales, y del Conservatorio Nacional de la Vacuna, este último fundamental para la producción de la vacuna contra la viruela que demandaba aproximadamente un millón de unidades anuales. Las obras de mejora para esta institución parecían ser las más urgentes considerando que ese mismo año se registró una

⁵¹⁰ *Departamento Nacional de Higiene* (1906): 487.

⁵¹¹ Los delegados elegidos fueron los siguientes: por la Argentina los doctores Luis Agotes y Pedro Lacavera, por el Brasil los doctores Antonio Augusto de Azevedo Sedré y Oswaldo Cruz, por el Uruguay los doctores Federico Susviela Guarch y Ernesto Fernandez Espiro; y por el Paraguay el doctor Pedro Peña. *Departamento Nacional de Higiene* (1913):126.

⁵¹² *Departamento Nacional de Higiene* (1913):143.

epidemia de viruela que se propagó en la capital, la provincia de Buenos Aires, Córdoba, Tucumán, Salta, Jujuy, Mendoza, Entre Ríos, Corrientes, Misiones y La Pampa; y que demandó una producción de vacunas mayor a la habitual.⁵¹³

En función de estas necesidades se proyectó primero el *Instituto Nacional de Bacteriología y Conservatorio de Vacuna*, a ubicarse en la capital frente a la Casa de Aislamiento, en la intersección de las calles Vélez Sarsfield y Amancio Alcorta. La construcción inició el 12 de octubre de 1904 y recién fue definitivamente inaugurado el 10 de julio de 1916 (**Figura. 6.20, 6.21, 6.22, 6.23**).



Figura 6.20: Instituto Nacional de Bacteriología. Frente principal. Fuente: *Departamento Nacional de Higiene* (1904).

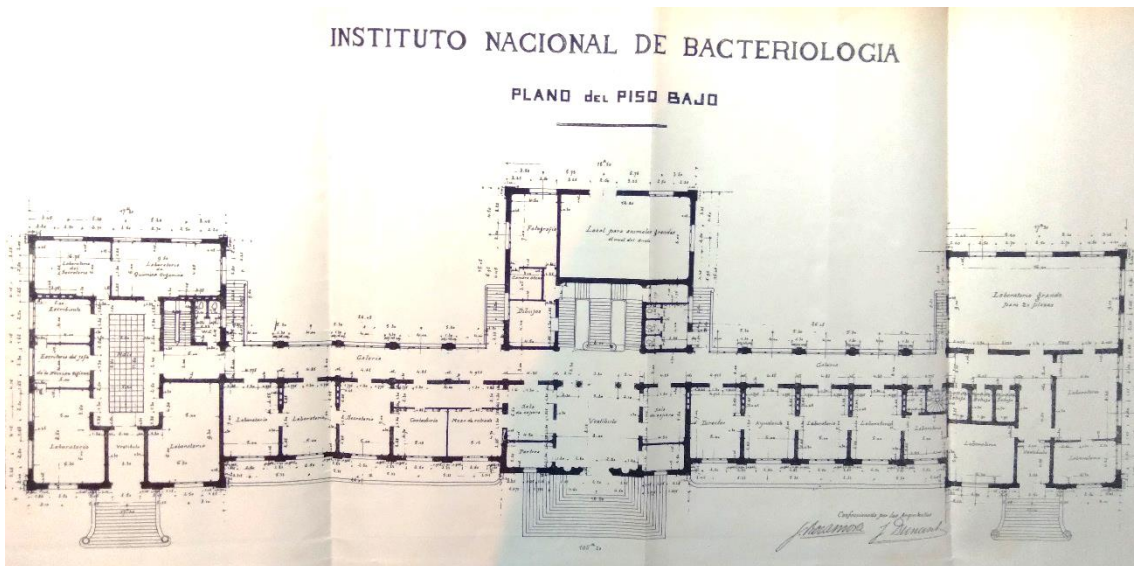


Figura 6.21: Instituto Nacional de Bacteriología. Planta baja. Fuente: *Departamento Nacional de Higiene* (1904).

⁵¹³ *Departamento Nacional de Higiene* (1904): 492.

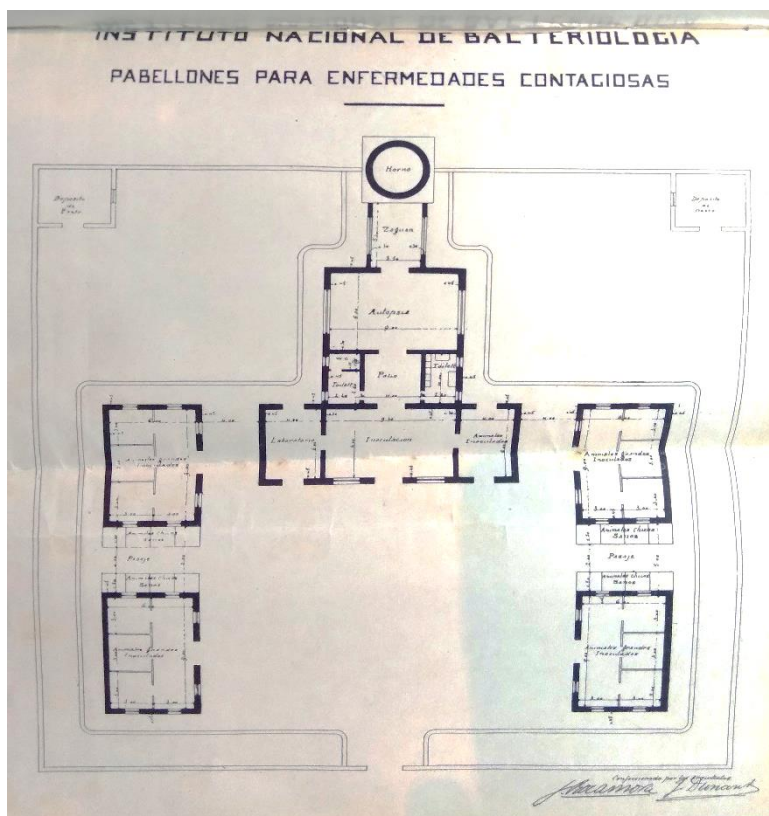


Figura 6.22: Instituto Nacional de Bacteriología. Pabellones para enfermedades contagiosas. Planta baja. Fuente: *Departamento Nacional de Higiene* (1904).



Figura 6.23: Ubicación del Instituto Nacional de Bacteriología frente a la Casa de Aislamiento, ya denominado Hospital Muñiz, y cercano al Hospital Nacional de Alienadas, al Hospicio de las Mercedes y al Hospital Rawson. Fuente: *Sanguinetti* (1906).

Como era de esperarse el conjunto proyectado ofrecía una gran cantidad de laboratorios en las distintas plantas del edificio principal que presenta una estética palaciega, similar a otros edificios institucionales de la capital porteña, y un esquema de distribución sencillo en el que se suceden espacios de experimentación de distinto tipo, áreas administrativas, biblioteca y museo. Tal vez más llamativos resultan los pabellones para enfermedades contagiosas y del conservatorio de la vacuna, en la que aparecían con mucha presencia distintos tipos de animales. Esto también estaba presente en el *Instituto de Higiene Experimental de la Provincia*, que contaba con su propio *Hospital de Animales de Experimentación*. Las experiencias con animales permitían el desarrollo de distintos sueros, como el antidiftérico, que necesitaban la inoculación de toxinas en animales para luego obtener

un suero que ofrecía protección por “inmunidad pasiva”. Tanto en el laboratorio de Pasteur como en el de Koch se llevaban adelante experimentos de este tipo para verificar la efectividad de sueros en distintos animales pequeños, como conejos o cobayos, y grandes, como equinos. Justamente en el nuevo proyecto se incluían espacios de observación para animales grandes y pequeños inoculados, sala de inoculación, laboratorio, sala de autopsia y cremación.

La presencia de los animales no solo se comprendía en relación con la producción de vacunas, sino que también existía una preocupación por el contagio de enfermedades infecciosas a través de ellos. En 1900 se sancionó una Ley de Policía Sanitaria Animal para la defensa de los ganados en el territorio nacional contra la invasión de enfermedades contagiosas exóticas y la acción de las epizootias ya existentes en el país.⁵¹⁴ Si bien este tema parece desviarse de nuestro eje de atención, al punto que involucraba al Ministerio de Agricultura - creado en 1898- más que al DNH, su abordaje resulta interesante por sus consecuencias espaciales. En efecto, la ley determinaba la prohibición de importar o exportar animales atacados de enfermedades contagiosas por cualquier vía de entrada al país. En el caso de las procedencias de ultramar se establecía una cuarentena de observación obligatoria realizada por los inspectores sanitarios. Para esto se necesitaba un nuevo espacio por lo que la ley contemplaba la construcción de un lazareto cuarentenario de animales y un laboratorio bacteriológico en el puerto de la capital. Un año después se publicaba en el Registro Nacional la designación de José Lignieres al frente de ambas instituciones.⁵¹⁵

Reconstruir el desarrollo del lazareto cuarentenario resulta complejo. Los planos más antiguos encontrados datan de 1911, mientras que las primeras fotografías fueron tomadas en 1914 (**Figura 6.24 y 6.25**). Una nota de la revista *Caras y Caretas* de 1907 da cuenta de su utilización a raíz de la importación de toros con tuberculosis, aunque puede tratarse de instalaciones provisionarias previas al proyecto definitivo.⁵¹⁶

⁵¹⁴ *República Argentina* (1900):365.

⁵¹⁵ *República Argentina* (1901): 746. Primer cuatrimestre. La publicación en el Registro Nacional designa a Lignieres como Director del Instituto Nacional Bacteriológico, no resulta claro si refiere al del puerto o al establecimiento que el Departamento Nacional de Higiene buscaba construir.

⁵¹⁶ Revista *Caras y Caretas*, (1907, 20 de julio). Año X, N°459.

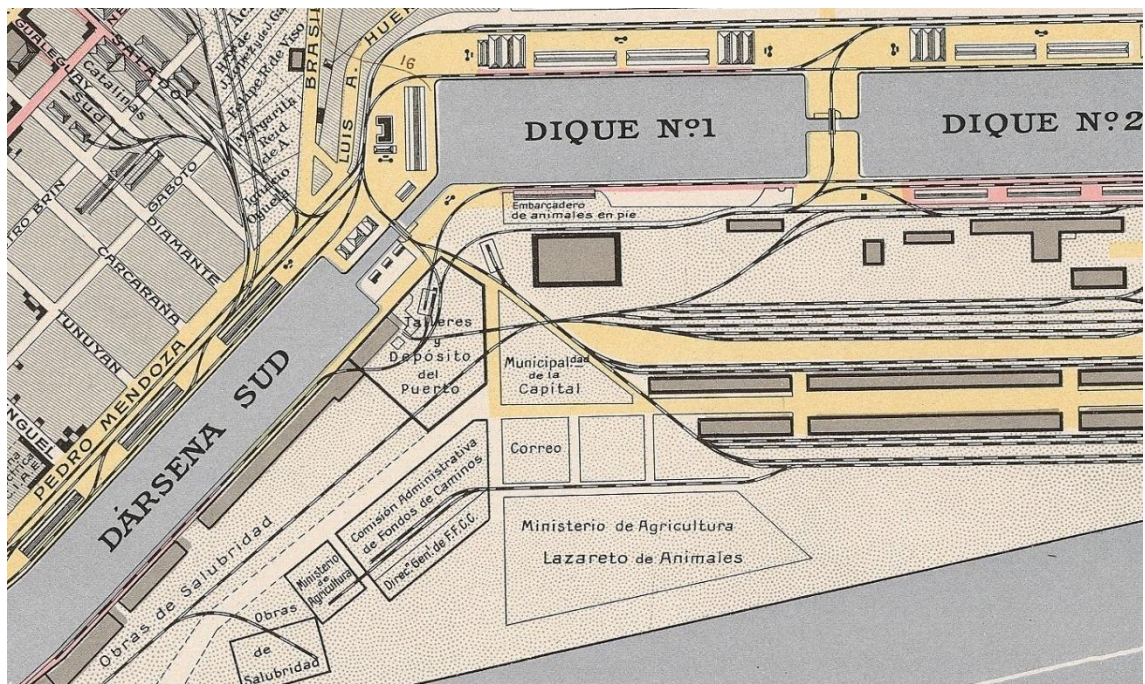


Figura 6.24: Ubicación del Lazareto de Animales en el puerto de Buenos Aires. Fuente: Gramajo (1916).

Los planos exhiben un proyecto de grandes dimensiones, más de seis hectáreas, compuesto por pabellones aislados destinados a bovinos, equinos, lanares, cerdos, aves, caninos, sala de autopsias, horno de cremación, depósitos y áreas administrativas; vinculados por un diseño paisajístico. Además, dejaba pendiente un área para una posible expansión.

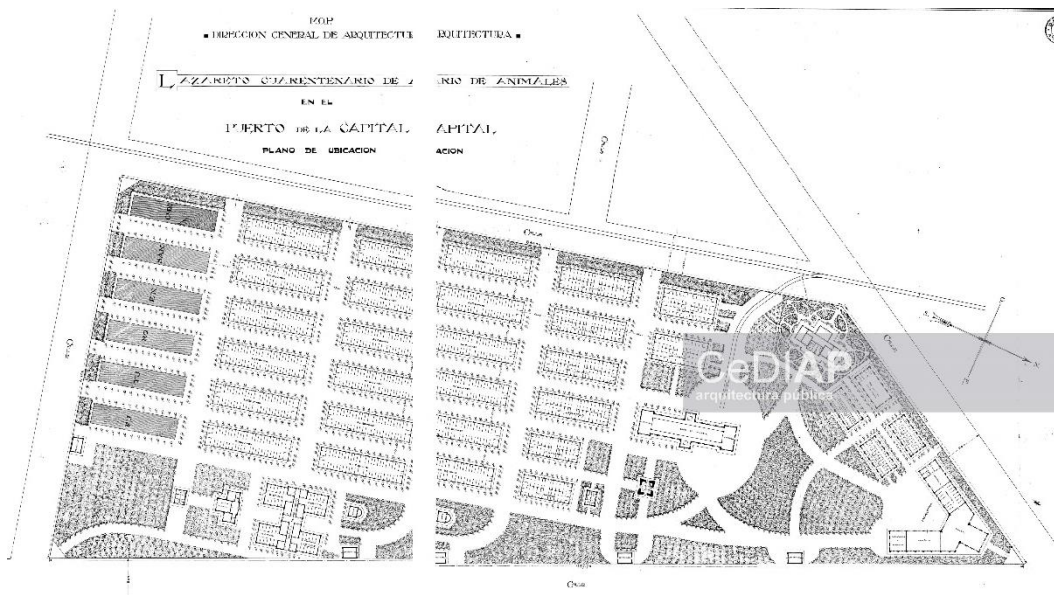


Figura 6.25: Lazareto Cuarentenario de Animales en el puerto de la Capital. Fuente: CeDIAP.

Un segundo aspecto a tener en cuenta en relación al Ministerio de Agricultura, y que vuelve a justificar su inclusión en este trabajo, es que desde su creación a fines del siglo XIX tuvo

dentro de sus áreas subordinadas al Departamento General de Migraciones, que tenía entre sus atribuciones la colocación de los inmigrantes dentro del país. A partir de este cambio dentro del organigrama de gobierno las autoridades del departamento volvieron a insistir con la necesidad de contar con un Hotel de Inmigrantes acorde al enorme flujo migratorio que recibía la capital.⁵¹⁷ Recordemos que la recepción de inmigrantes se continuaba haciendo en el hotel de la rotonda, que era un edificio adaptado e inadecuado para su función.

Esa intención se materializó en papel en 1905, en un proyecto elaborado por el Ministerio de Obras Públicas, que incluía un gran pabellón de dormitorios, baños, enfermería, depósitos, áreas administrativas y un desembarcadero; que fue la primera sección en construirse por tratarse de la obra más urgente.⁵¹⁸ En la zona central de este último se encontraban las oficinas de los distintos organismos que controlaban el desembarco, lo que incluía a la Prefectura General de Puerto, la Aduana y el DNH. En referencia a este último claramente este edificio también debía responder a las lógicas higiénicas y sanitarias vigentes, por lo que contaba con áreas de desinfección en distintos sectores, específicamente en el manejo de equipajes y la enfermería (**Figura 6.26 y 6.27**).

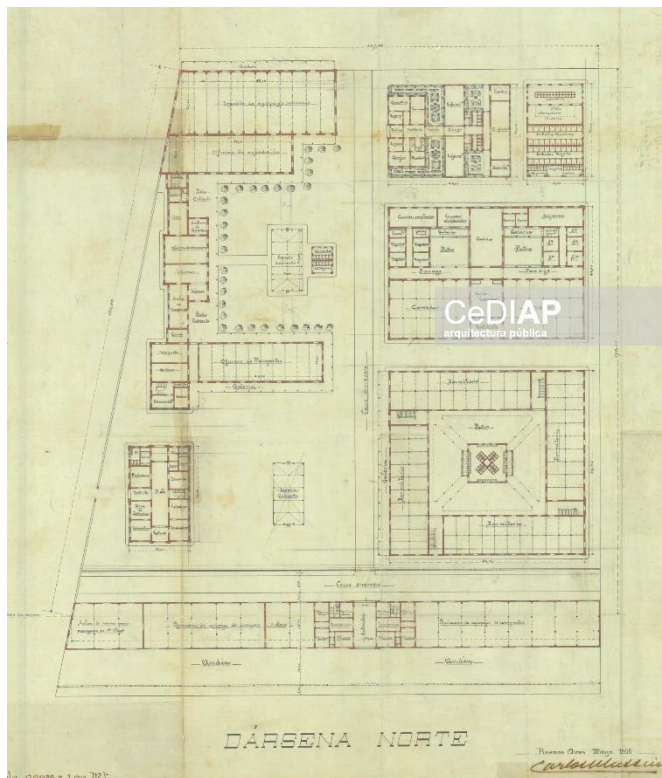


Figura 6.26: Proyecto de Hotel de Inmigrantes. Planta Baja. 1905.

⁵¹⁷ Ochoa de Eguileor; Valdés (2000):183.

⁵¹⁸ Ochoa de Eguileor; Valdés (2000):183.

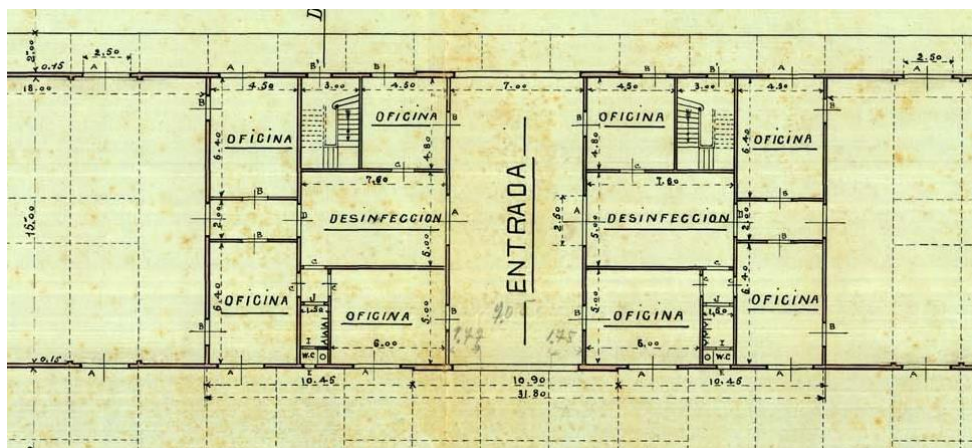


Figura 6.27: Proyecto de Hotel de Inmigrantes. Planta Baja del sector del desembarcadero. 1905. Pueden verse las áreas de desinfección vinculadas al manejo de los equipajes de inmigrantes y pasajeros de primera.

Ese mismo año el superior gobierno autorizó al DNH a realizar los gastos necesarios para adquirir cinco lanchas de desinfección de diferentes tamaños, cuyos cascos serían construidos por el Ministerio de Marina, y estarían equipadas con aparatos Clayton, desarrolladas por Thomas Clayton en los Estados Unidos y utilizadas en importantes puertos del mundo.⁵¹⁹ A diferencia del modelo de lancha de desinfección que vimos previamente, el sistema desarrollado por Clayton continuaba utilizando ácido sulfuroso como agente de desinfección. Si bien tuvo competidores su alcance fue muy superior logrando un éxito global.⁵²⁰

En contraste con estos proyectos que, aunque con demoras, se materializaron, el proyecto de Estación Sanitaria para el puerto de Buenos Aires que era parte de la propuesta de Malbrán desde el inicio de la década no contó con igual suerte. En octubre de 1906 la documentación fue terminada por el ingeniero Miguel Olmos, adscripto al DNH, quien ya había proyectado otros edificios para el Estado, incluyendo el conjunto del Colegio Nacional de La Plata y una Cárcel de Mujeres y Colonia de Menores.⁵²¹

⁵¹⁹ *Departamento Nacional de Higiene* (1905):217.

⁵²⁰ La historia del sistema desarrollado por Clayton fue abordada en extenso por Engelmann; Lynteris (2020).

⁵²¹ Ruiz Diaz, M. (2018):118.

La documentación disponible del proyecto de Estación Sanitaria es parcial y se limita a las vistas y cortes. Por la descripción provista por Malbrán sabemos que el edificio incluía oficinas para el DNH, "(...) que desde años atrás vagaba por casas de alquiler", biblioteca y museo sanitario. La jerarquía de la denominación del proyecto empleada en la documentación inclusive enfatiza más su rol como sede del DNH que como estación sanitaria, la cual prácticamente se esboza como función anexa. La locación elegida era la manzana 21 del plano del puerto delimitada por las calles Huergo, Azopardo, Venezuela y México (**Figura 6.28 y 6.29**).

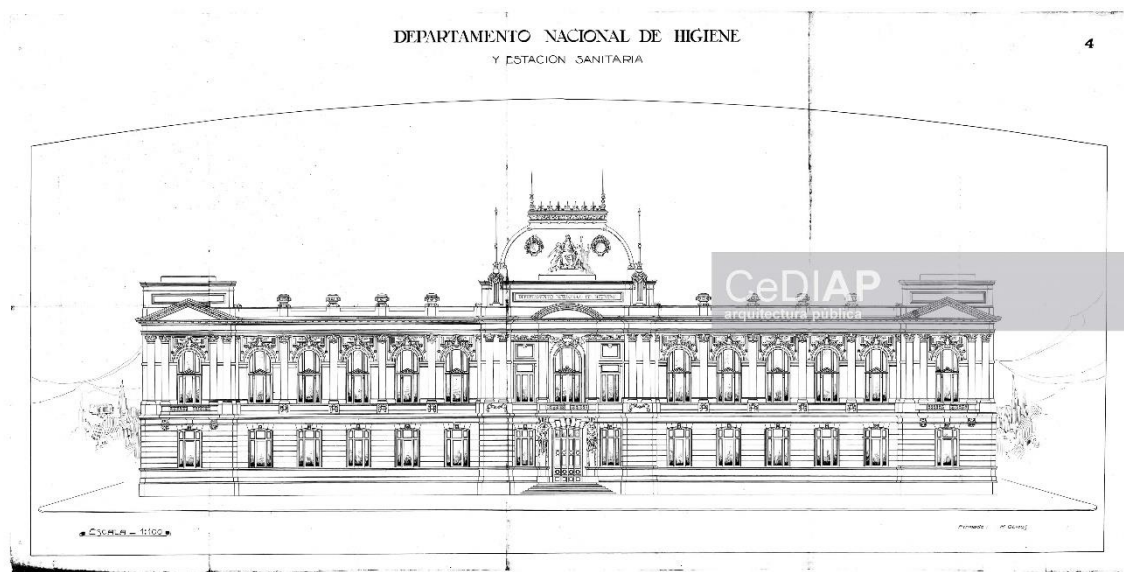


Figura 6.28: Miguel Olmos. Proyecto de Departamento Nacional de Higiene y Estación Sanitaria. Frente Principal. 1906. Fuente: CeDIAP.

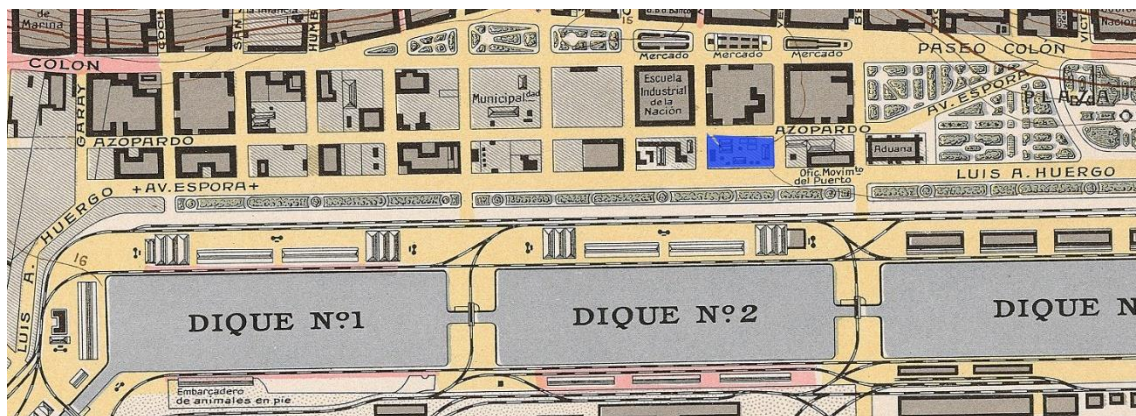


Figura 6.29: Ubicación del Proyecto de Departamento Nacional de Higiene y Estación Sanitaria (azul). Fuente: Gramajo (1916).

El Ministerio del Interior aprobó el proyecto presentado por Olmos y derivó su construcción al Ministerio de Obras Públicas, pero esta nunca se inició, a pesar de tener los recursos económicos necesarios, por motivos que no quedan del todo claros. En un trabajo publicado en 1931, Malbrán lamentaba no haber conseguido la materialización de este edificio

durante su gestión y que aún no se hubiera materializado. Como instalación provisoria se había habilitado una sección de desinfección “en el dique 4, Pabellón Aduana”, equipado con dos estufas *Dehaitre*, una estufa a base de formol, dos aparatos *Trillat* y un *Marot*. El personal a cargo estaba compuesto por un jefe, un auxiliar, dos guardas sanitarios, 3 maquinistas, 4 capataces y 16 peones desinfectadores, encargados principalmente de la sanitización de las pertenencias de los pasajeros, y que según Malbrán había prestado siempre un perfecto servicio (Figura 6.30).⁵²²

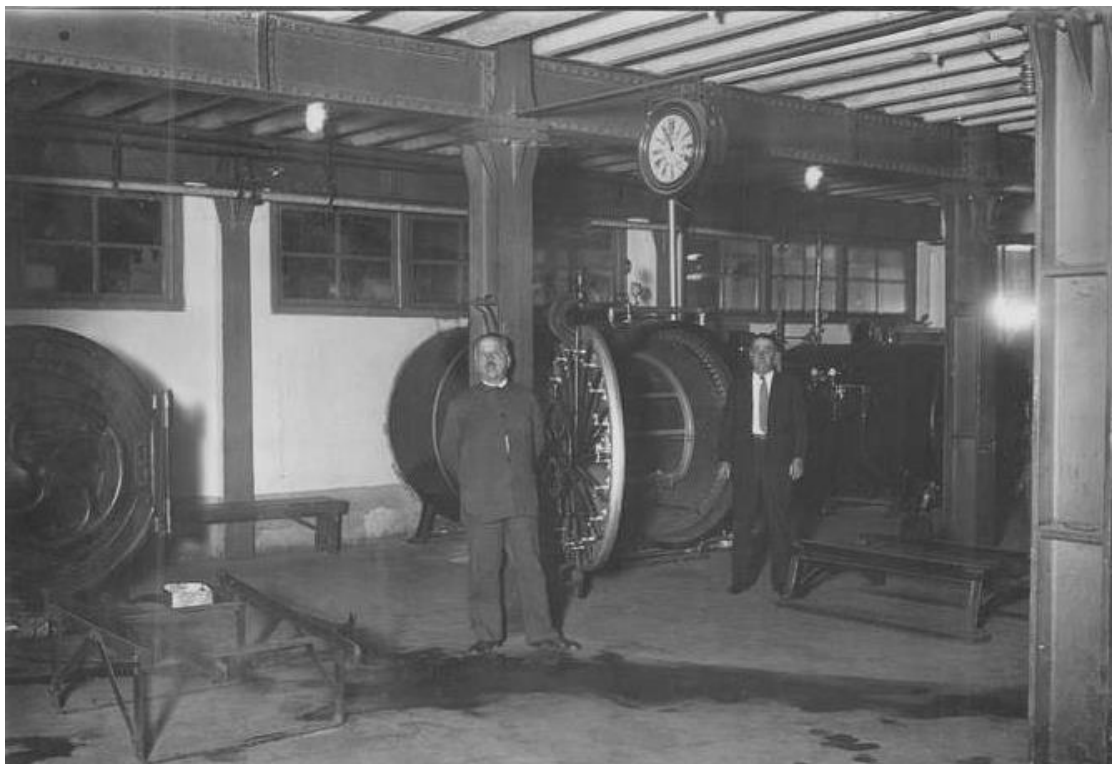


Figura 6.30: Interior de la Estación de Desinfección del Dique 4, 1925. Pueden verse equipos similares a los instalados en las estaciones urbanas. Fuente: AGN, caja 726, n°140310.

A nivel urbano de la ciudad de Buenos Aires este crecimiento de la infraestructura sanitaria tecnocientífica también recibía un impulso. El servicio de desinfección fue ampliado con dos estufas fijas *Dehaitre* (la primera adquirida en 1901 y la segunda en 1904), ambulancias y *breaks* que hicieron más veloces los traslados de las ropas y las cuadrillas. El problema radicaba en la infraestructura edilicia de las estaciones Sur y Central que se concebían solo como apoyo a la Estación Norte, que seguía siendo la única correctamente equipada de toda la ciudad. El director de la estación expresaba justamente la necesidad de un servicio análogo en el sur para lo cual también se precisaba un nuevo terreno donde poder instalar un edificio acorde. En

⁵²² Malbrán (1931):27. Departamento Nacional de Higiene (1913):339.

ese sentido ni el lote existente ni un edificio levantado provisoriamente sobre la calle Entre Ríos que pretendía ser una estación de desinfección cumplían con los requerimientos necesarios.⁵²³

José Penna asumió como director de la ASyAP en 1906, y desde ese puesto continuó abogando por la ampliación del servicio de desinfección a zonas populosas, como Barracas al Norte, La Boca, Belgrano y Flores que carecían de estaciones sanitarias; como también la incorporación de estufas de desinfección en todos hospitales a excepción del Muñiz (Casa de Aislamiento), San Roque y Tornú, que eran los únicos que contaban con ellas. A este servicio anexó uno nuevo denominado “de saneamiento” conformado por 90 peones, que tenían como fin la higienización de locales insalubres y el exterminio de ratas.

Con este fin durante su gestión se adquirieron 12 estufas *Dehaltre* más, que fueron instaladas en nuevas estaciones de desinfección instaladas en casas particulares, no en edificios nuevos, como también en varios hospitales.⁵²⁴ Se compraron también treinta seis pulverizadores *Geneste-Herschel*, dos aparatos de gas *Marot* n°2 y cuatro *Marot* n°4 que utilizaban anhídrido sulfuroso y fueron montadas sobre carros y automóviles. El personal también aumentó poder atender las nuevas estaciones, concurrir a las desinfecciones necesarias en la ciudad y crear un nuevo cuerpo de *Saneamiento* destinado a la destrucción de focos de infección y matanza de ratas, entre otras tareas. Para Penna el control de los roedores para evitar posibles casos de peste bubónica también era una preocupación. Por esto creo una sección dentro del laboratorio de la ASyAP para la autopsia y el estudio bacteriológico sistemático de las ratas. La adquisición de los aparatos *Marot* puede entenderse dentro de esa misma lógica.

Este sistema fue diseñado por Rene Marot en Francia, con el objetivo de incrementar la capacidad de matar a los roedores de los procesos de fumigación con dióxido sulfuroso. A diferencia de este sistema, *Marot* desarrolló un procedimiento que electrificaba el anhídrido sulfuroso líquido y además por procesos físicos transformaba parte del oxígeno en ozono, lo que aumentaba su capacidad mortífera. Estudios desarrollados en Francia demostraron que con este procedimiento que utilizaba el *Gas Marot* las ratas morían en 24 minutos, la mitad del tiempo que con el empleo de otras máquinas, como la de Clayton.⁵²⁵ Por otra parte su acción sobre los microbios parecía ser prácticamente similar mientras que resultaba inofensiva para las cargas y mercaderías de valor, por lo que la utilización del *sulfozonateur*, nombre con el que fue conocido

⁵²³ *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1893-1894)*: 98. En su reconstrucción histórica sobre el servicio de desinfección de la capital José Penna no hace mención de este edificio.

⁵²⁴ Penna (1910): 218.

⁵²⁵ Engelmann; Lynteris (2020):166.

este diseño, fue favorecida en Francia a partir de 1905 por sobre otros desarrollos similares para la desinfección de puertos y embarcaciones.

Con su adquisición en 1906, Penna ampliaba el uso del gas *Marot* al medio urbano como parte de su proyecto de sanitización de la ciudad de Buenos Aires. Sostenía el medico que las aplicaciones del gas eran múltiples. Podía usarse para el exterminio de pulgas, larvas, mosquitos; pero también tenía la capacidad de destruir los microbios del cólera, la peste y la difteria, entre otros (**Figura 6.31**).⁵²⁶

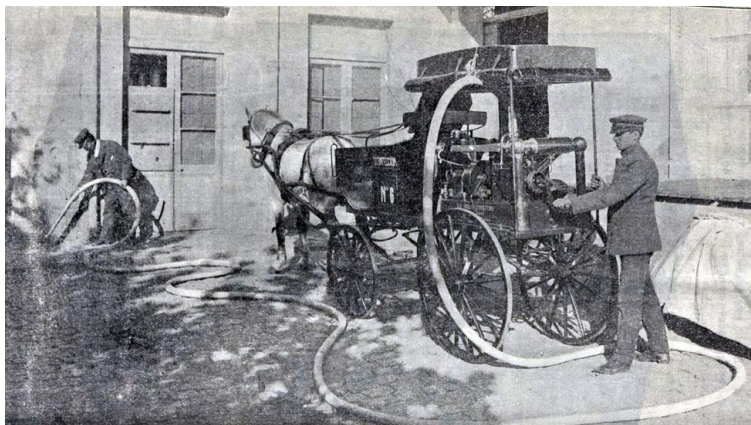


Figura 6.31: Aparato *Marot* en funcionamiento. Fuente: *La Semana Médica* (5 de enero de 1911), Año XVIII, N°1,15.

En el estudio de Engelmann y Lynteris se da un papel preponderante a Penna en la importación del Aparato *Marot* a nuestro país. Es necesario decir que al mismo tiempo que el director de la ASyAP solicitaba la adquisición de *sulfozonateurs* para la capital, el DNH recibía autorización en el mes de marzo de 1906, para comprar equipos propios para la desinfección de buques en los puertos de La Plata y Bahía Blanca, debido a la eficacia de comprobada de este invento.⁵²⁷

En agosto de ese mismo año Manuel Carbonell publicaba un estudio comparativo entre los equipos Clayton y Marot en los *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. Dicho informe además nos permite discutir otra aseveración de Engelmann y Lynteris en la que la atribuyen a Penna ensayos pioneros para la aplicación del aparato Marot en diferentes espacios cerrados. En efecto, Penna desarrolló en 1907 una serie de experimentos colocando jaulas con roedores a diferentes alturas, mosquitos, cultivos de bacterias, entre otras; simulando situaciones habitacionales del medio urbano. A partir de esto Penna pudo demostrar la eficacia de este diseño, lo que permitiría pensar en un sistema de profilaxia que lograría forzar a las enfermedades infecciosas a desaparecer.⁵²⁸

⁵²⁶ Penna (1910): 170.

⁵²⁷ *Departamento Nacional de Higiene* (1906):179.

⁵²⁸ Engelmann; Lynteris (2020):168.

El estudio de Carbonell, previo al de Penna, ya había seguido un camino similar para comparar la efectividad de la máquina *Clayton* con la de la *Marot*, observando su desempeño en distintos espacios. En un silo y elevador de granos se colocaron 20.000 bolsas vacías y apiladas, y en su superficie y a diferentes profundidades paquetes de seda infectados con cultivos de estafilococo, difteria, coli, fiebre tifoidea y peste bubónica. Luego de 30 minutos todos los agentes habían sido eliminados. Luego se realizó la misma comparación en las bodegas de transporte de la armada nacional *Pampa*. Allí se colocaron alimentos de distinto tipo, metales, telas y ratas en jaulas. Luego de la aplicación del gas todos los elementos parecían inalterados mientras que tanto las ratas enjauladas como otras que ya estaban en el barco habían muerto. Una última experiencia similar se realizó en otro vapor, el *Helios*, también con resultados positivos lo que permitió ver que el *Aparato Marot* era superior al *Clayton* por el menor tiempo de duración de la desinfección, menor costo de trabajo y operación.

Con este resultado Malbrán recibió autorización del Ministerio del Interior para adquirir cuatro *sulfozonadores*, los cuales sumados a los equipos *Clayton* existentes bastarían para atender las necesidades de profilaxia de los puertos de la capital, La Plata, Bahía Blanca, Rosario, Corrientes y Concepción del Uruguay.⁵²⁹

Si como hemos dicho la experimentación en distintos ambientes con el *Aparato Marot* no puede atribuirse solo a Penna, la aplicación de esa tecnología en gran escala al medio urbano si lo es. Penna afirmaba en 1910 que, si el aparato fuera usado rigurosamente, la distribución de las brigadas fuera lo suficientemente amplia entre otras condiciones, entonces la ciudad eventualmente podría ver un futuro libre de epidemias.⁵³⁰ Con este fin la capital fue dividida en 5 radios -Boca, Sur, Norte, Flores y Belgrano- según cantidad de población y vinculadas a estaciones de desinfección y saneamiento específicas (**Figura 6.32 y 6.33**).

⁵²⁹ *Departamento Nacional de Higiene* (1906):489.

⁵³⁰ Penna (1910): 192.

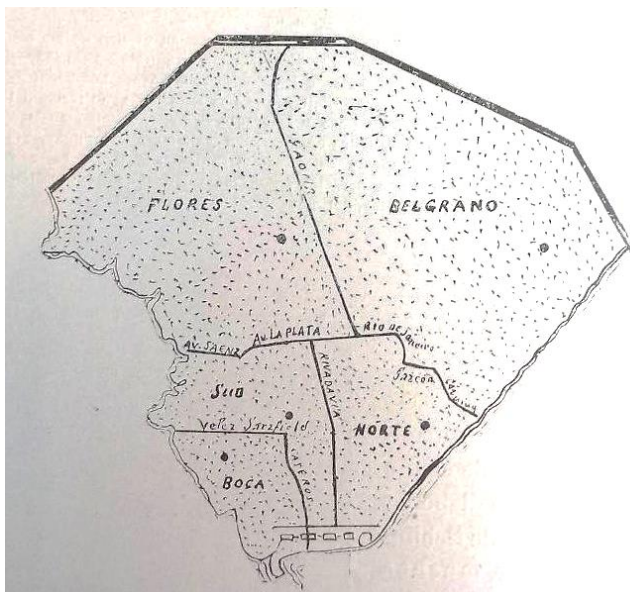


Figura 6.32: Radios establecidos para la desinfección domiciliar en el municipio y ubicación de las estaciones de desinfección: Flores (Bogotá 2312), Belgrano (General Paz 2856), Boca (Herrera 1575), Sur (Humberto I 1586) y Norte (ya consignada sobre la calle Melo)
Fuente: Penna (1910): 212.

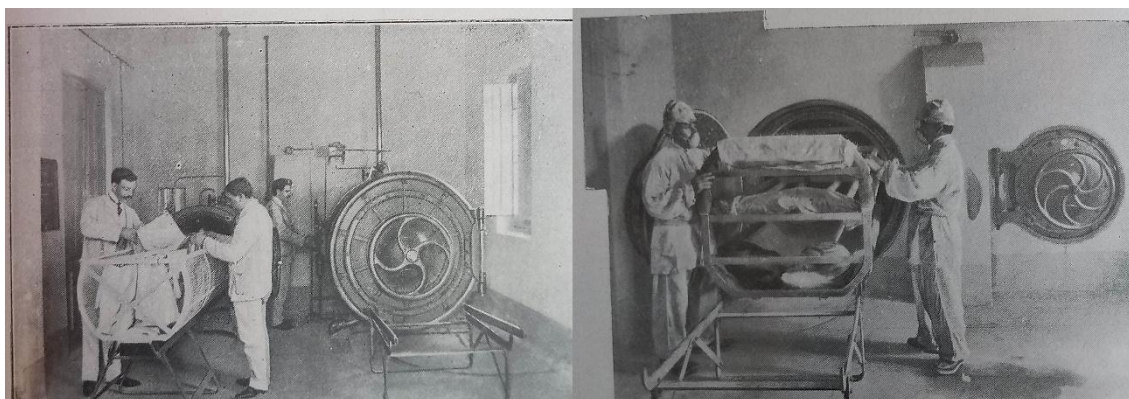


Figura 6.33: Áreas limpia y sucia de la Estación de desinfección de Flores instalada en una casa particular.
Fuente: Penna (1910): 219.

En su primer año al frente de la ASyAP el médico ordenó la desinfección preventiva de 10,000 propiedades. Para 1908 ese número ascendía a 28,101. En 1910 Pedro Rivero, jefe del servicio de desinfección y saneamiento afirmaba que el *Aparato Marot* habían alimentado la esperanza de librar a la ciudad de su principal propagador de enfermedades, las ratas que esparcían la peste, pero también otros males como la rabia y la triquinosis. En un trabajo presentado en el *Congreso Internacional Americano de Medicina e Higiene*,⁵³¹ Rivero daba cuenta de la extensión que había alcanzado el servicio llegando a desinfectar 1,816 manzanas, ubicadas principalmente en el área histórica, el sur y norte, y se extendía hacia las zonas de Flores y Belgrano (**Figura 6.34**).

⁵³¹ El trabajo fue luego publicado en *La Semana Médica* (5 de enero de 1911), Año XVIII, N°1,1.



Figura 6.34: Rivero, P. Saneamiento de la ciudad de Buenos Aires. Las manzanas en las que se ha llevado adelante el servicio estan pintadas de negro. Fuente: *La Semana Médica* (5 de enero de 1911), Año XVIII, N°1,19.

Con la renuncia de Malbrán en 1910 a la presidencia del DNH, quien asumió el cargo fue finalmente José Penna, que en su primera comunicación al Honorable Consejo Consultivo no ahorró críticas al estado de organización institucional. Señalaba el medico que en el proceso de desarrollo del país se habían extendido los radios de acción de todas las esferas de gobierno y sus órganos ejecutivos, pero el DNH no había seguido ese mismo camino y en lugar de abarcar todo lo relacionado con la salubridad y la higiene en general sucesivamente se le fueron sustrayendo atribuciones, formándose dependencias que debieran ser sus derivadas pero que en ese momento formaban entidades autónomas.⁵³² Las funciones que habían sido adquiridas por el Ministerio de Agricultura, por ejemplo, generaban conflictos internos por funciones que para el galeno deberían ser propias del DNH. Lo mismo podía decirse de atribuciones que habían sido delegadas a otras oficinas, como la Dirección de Obras de Salubridad a cargo de la

⁵³² *Departamento Nacional de Higiene* (1911):7.

distribución y administración de aguas y desperdicios, o el Departamento Nacional del Trabajo, que vigilaba lo concerniente a la higiene en la industria. En lo que refiere específicamente a las profilaxis contra las enfermedades epidémicas y endémicas, Penna observaba que la institución se encontraba casi totalmente desarmada de los instrumentos utilizados por las naciones civilizadas.⁵³³

Oficialmente ahora al frente del organismo, ya no de forma interina, Penna inició un ambicioso proceso de reestructuración que incluyó la solicitud de fondos para la compra de elementos que permitieran garantizar la defensa sanitaria. El congreso autorizó a fines de 1910 la inversión de un millón de pesos moneda nacional para la construcción de edificios y compra de material sanitario para las provincias y territorios nacionales; y otros quinientos mil pesos moneda nacional para la adquisición de material fijo y flotante para la defensa sanitaria marítima de la República.⁵³⁴ El limitado tiempo entre la sanción de la ley y el cierre anual le impidieron a Penna utilizar los fondos designados, pero ante la amenaza de una epidemia de colera proveniente de Italia, el Poder Ejecutivo pidió la ampliación de plazos, lo que fue aprobado favorablemente.

Haciendo uso de esos recursos, y con la misma confianza en la modernidad tecnocientífica desplegada en la capital, Penna compró pulverizadores y aparatos esterilizadores, puso en condiciones el hospital flotante “Rodolfo del Viso” y adquirió vagones y barcos para ser adaptados como estaciones de desinfección móviles y flotantes que pudieran actuar en el puerto de la capital o trasladarse al interior si fuera necesario (**Figura 6.35 y 6.36**).



Figura 6.35: Vagón sanitario del servicio de desinfección, 1913. Fuente: AGN, caja 726, n°140314.

⁵³³ *Departamento Nacional de Higiene* (1911):9.

⁵³⁴ *Departamento Nacional de Higiene* (1913):341.



Figura 6.36: Pontones del servicio de desinfección, 1913. Fuente: AGN, caja 752, n°149364.

La amenaza del cólera permitió además destinar fondos para la instalación de un “Parque Sanitario”, el cual fue instalado en terreno donde se había proyectado la frustrada Estación Sanitaria del Puerto. Este parque estaría compuesto de dos secciones: taller y depósito. El primero se destinaba a la construcción y reparación de los equipos de saneamiento y desinfección. Como su nombre lo indica en el depósito se guardaban todos los elementos de los que disponía el DNH para responder a una epidemia en cualquier punto del país, lo cual incluía estufas, vaporizadores y pulverizadores de diversas compañías y modelos; hospitales transportables de campaña, casillas para trabajos bacteriológicos, carpas para empleados superiores, mobiliario sanitario e instrumental quirúrgico, entre otros (Figura 6.37).⁵³⁵

La adquisición de estos instrumentos fue solo una parte de su plan que incluía la realización de un diagnóstico a nivel nacional, iniciativa pendiente desde principios de siglo para poder dimensionar con precisión las obras y elementos necesarios según las distintas regiones del país. Dicho diagnóstico y plan de acción vio la luz en 1916 en una publicación conjunta entre

⁵³⁵ El parque sanitario ya aparece en funcionamiento en la Guía Oficial del DNH publicada en 1913, pero los primeros planos parecen datar de 1918, según la base de datos del CeDIAP. En la revista *Caras y Caretas* se consigna su inauguración en 1923. *Departamento Nacional de Higiene* (1913):342. Revista *Caras y Caretas* (1923, 30 de junio)

A los fines de exhibir la pluralidad de elementos adquiridos a inicios de la gestión de Penna transcribimos parte del listado de equipos: 3 aparatos *Clayton*, 8 estufas locomóviles *Geneste Herscher*, 2 estufas locomóviles *Le Blanc*, 6 estufas fijas *Dehaitre*, 1 estufa *Smith*, 3 pulverizadores *Dehaitre*, 22 pulverizadores *Geneste Herscher* grandes, 12 pulverizadores *Geneste Herscher* medianos, 12 pulverizadores *Even* grandes, 10 pulverizadores *Even* medianos, 16 pulverizadores *Even* de mano, 14 aparatos formogeneradores *Trillat*, 18 lamparas *Echering Esculapio*, 64 aparatos raticidas, 2 aparatos *Noceti*, 30 esterilizadores *Hemmenberg*, 12 carros esterilizadores *Hortmann*, 6 hospitales transportables de campaña tipo *Docker* de 15x5 metros, cuatro carpas grandes sistema *Torstoise*, entre otros.

José Penna y el ingeniero Antonio Restagnio, Jefe de la Oficina de Ingeniería Sanitaria, titulada *Atlas Sanitario Argentino*.



Figura 6.37: Aparatos de desinfección móviles en el Parque Sanitario del DNH. Fuente: AGN, caja 726, n°140323.

Este estudio fue el primero en abordar la problemática sanitaria a esta escala desde múltiples aspectos, incluyendo cartografías dedicadas a representar densidad de población, densidad edificada, obras de salubridad realizadas, edificación escolar y hospitalaria, distribución de ciertas enfermedades, mortalidad, entre otros. Es pertinente señalar que todas estas cartografías referían a la situación existente, salvo la última que da cierre a la publicación y representaba la infraestructura profiláctica necesaria. Este era el caso del mapa referido a la *Defensa Sanitaria (según la ley 7.444 a cumplirse) en la República Argentina (Figura 6.38)*.

La ley 7.444 fue redactada por Penna y tenía por objetivo dotar a la Nación de todos los elementos necesarios para su efectiva defensa sanitaria. Puede decirse que esta legislación, que fue aprobada pero no ejecutada por falta de fondos, constituye la representación normativa de su utopía sanitaria, mientras que este mapa es su representación gráfica. En lo que respecta a esta tesis podemos decir también que esa utopía sanitaria constituye el paso definitivo de un cambio de paradigma que tuvo a la práctica, las arquitecturas y los dispositivos propios de la desinfección como protagonistas. Los lazaretos dejaron definitivamente su espacio a las estaciones de desinfección, a 28 de ellas para ser más precisos, catalogadas en los tipos “A” y “B”.

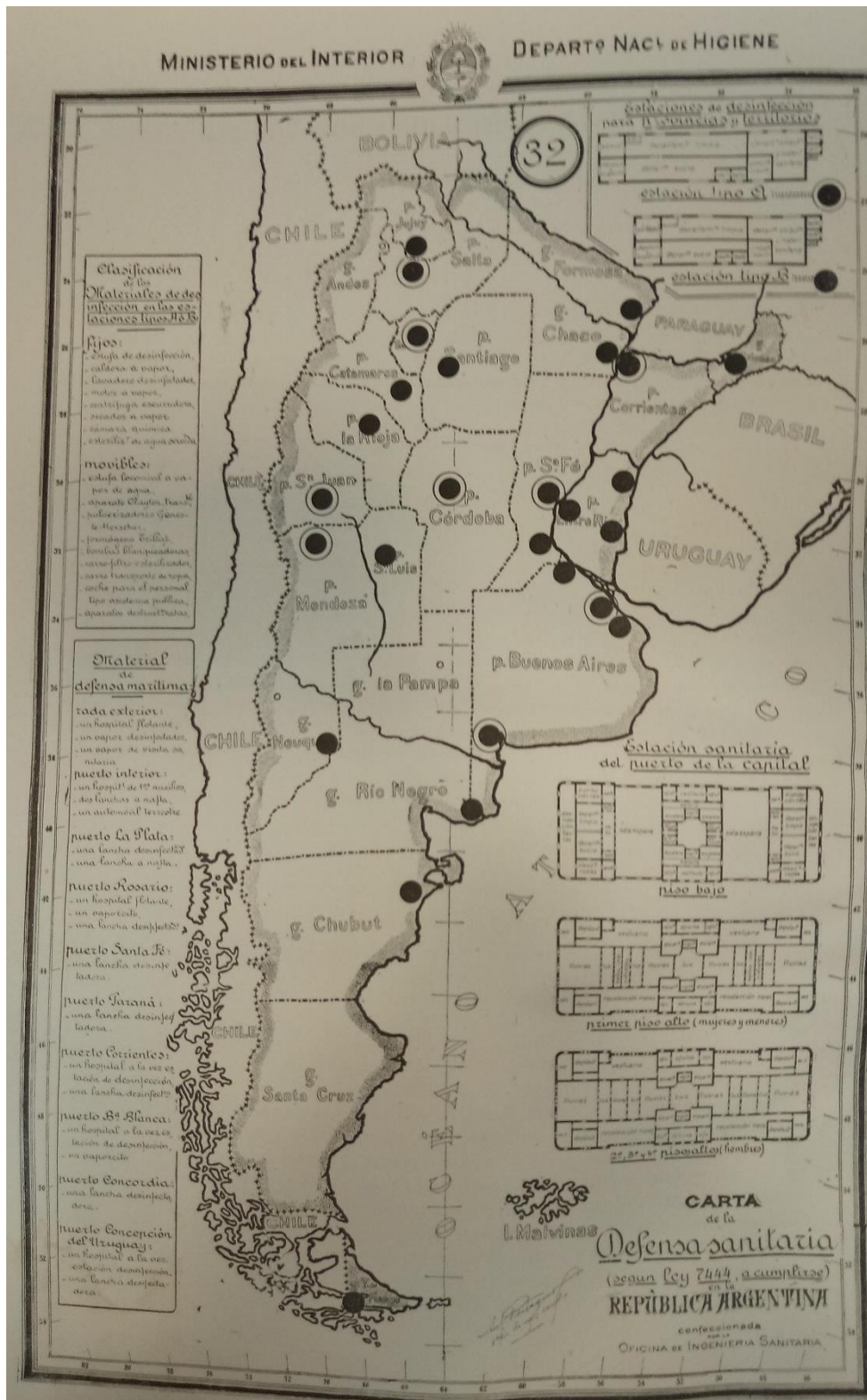


Figura 6.38: Penna; Restagnio. Defensa Sanitaria (según la ley 7.444 a cumplirse) en la República Argentina. Fuente: Penna; Restagnio (1916), carta 32.

Las estaciones tipo "A" debían ubicarse en aquellas locaciones señaladas con doble círculo negro: Salta, Tucumán, Córdoba, San Juan, Santa Fe, Ciudad de Buenos Aires, Mendoza y Bahía Blanca. El resto de las locaciones dispondrían de estaciones tipo "B" (Figura 6.39). En

ambos casos el modelo resulta bastante similar a la Estación Norte de desinfección de la capital, el único cambio es la superficie de los departamentos sucio y limpio que en el primer caso resulta mayor que en el segundo.



Figura 6.39: Penna; Restagnio. Estaciones de desinfección tipos "A" y "B" para provincias y territorios. Fuente: Penna; Restagnio (1916), carta 32.

En ambos casos las instalaciones contarían con los siguientes equipos fijos: estufa de desinfección, caldera a vapor, lavadero desinfectador, motor a vapor, centrifuga escurridora, secador a vapor, cámara química, esterilizador. Los equipos móviles serían los siguientes: estufa locomóvil a vapor de agua, aparato *Clayton* transportable, pulverizadores *Geneste-Herscher*, bombas blanqueadoras, carro-filtro esterilizador, carro de transporte de ropa, coche para el personal tipo *Asistencia Pública*, aparato destructor de ratas (si bien no lo especifica, considerando la experiencia porteña probablemente se trate del aparato *Marot*). A pesar de no dibujarlo, los autores apuntan la necesidad de contar con un pequeño laboratorio adscrito a cada estación como parte del programa de investigación necesario para el estudio de las enfermedades.

En esta propuesta la defensa marítima también se apoyaba en la desinfección. Los distintos puertos debían equiparse según su volumen de funcionamiento:

Puerto	Equipamiento necesario
La Plata	Lancha para desinfección, lancha a nafta
Rosario	Hospital flotante, vapor de transporte, lancha para desinfección
Santa Fe	Lancha para desinfección
Paraná	Lancha para desinfección
Corrientes	Hospital/Estación de desinfección, lancha de desinfección
Bahía Blanca	Hospital/Estación de desinfección, vapor de transporte
Concordia	Lancha para desinfección
Concepción del Uruguay	Hospital/Estación de desinfección, lancha de desinfección

El caso de Buenos Aires merece una mención aparte por dos motivos. En primer lugar, Penna dividía su defensa marítima en dos sectores: la rada exterior y el puerto interior. La primera debía contar con un hospital flotante, vapor desinfectador y un vapor de visita sanitaria. El puerto interior por su parte necesitaba un hospital de primeros auxilios, dos lanchas a nafta y un automóvil terrestre. Por otro lado, es en el único caso donde se ofrece un proyecto arquitectónico específico para una “Estación sanitaria del puerto”, proyecto al cual ya aspiraba Malbrán, con una lógica de funcionamiento definida (**Figura 6.40**).

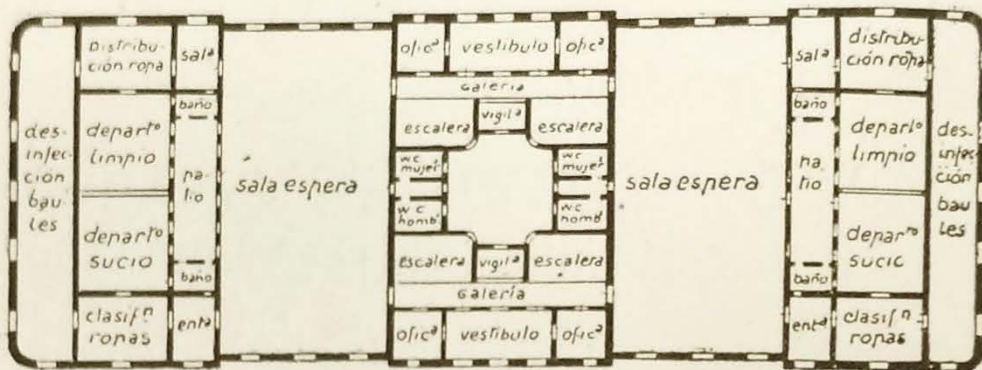
Para cumplir su rol como “filtro de la inmigración en todo tiempo”,⁵³⁶ el edificio se desarrollaba en cinco niveles siendo la planta baja el sector donde se clasificaría a los recién llegados para luego derivarlos a los pisos altos según correspondiera: primer piso para mujeres y niños; y del segundo al cuarto para hombres. Entrando por el sector sucio procederían a los baños de limpieza mientras sus ropas y equipajes eran desinfectados para pasar luego a la parte limpia. Gracias al laboratorio y hospital sería posible la detección de enfermedades latentes de manera de “(...) cumplir mejor la ley de inmigración, a fin de no admitir lo inútil y perjudicial”.⁵³⁷ Gracias a este programa arquitectónico y la aplicación de dispositivos tecnocientíficos sería posible higienizar a 800 inmigrantes por hora.

Los autores reconocían que este programa tal vez fuera una ilusión, pero estos también podrían ser los primeros pasos para lograr una utopía sanitaria a nivel nacional, en que la higiene se consolidaba como la ciencia y la práctica de los pueblos fuertes. Este proceso ya había empezado en la capital, con el traslado de ciertas prácticas del puerto a la ciudad y podría continuar con un segundo movimiento: de la ciudad a la República.

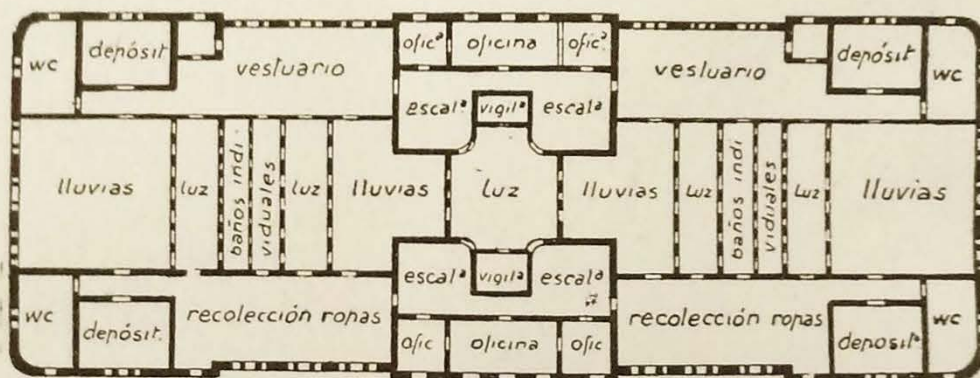
⁵³⁶ Penna; Restagnio (1916):69.

⁵³⁷ Penna; Restagnio (1916):69.

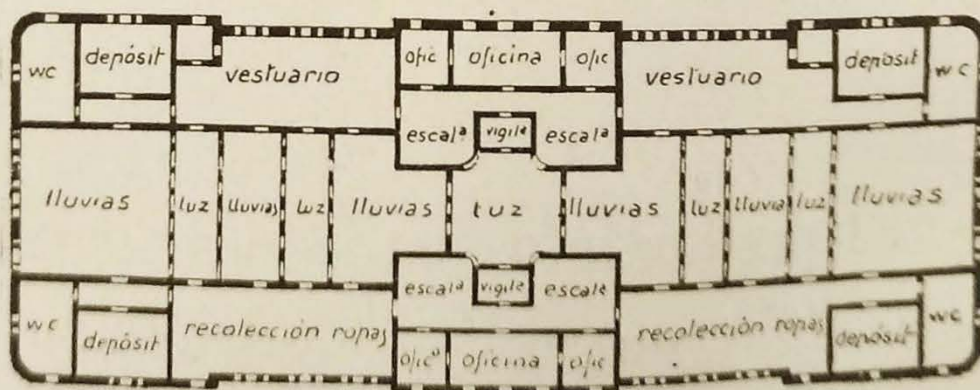
Estación sanitaria del puerto de la capital



piso bajo



primer piso alto (mujeres y menores)



2º, 3º y 4º pisos altos (hombres)

En este capítulo hemos abordado las transformaciones ocurridas en el cambio de siglo en la profilaxia tanto referida a la sanidad marítima como también al resto del medio urbano. Estos no fueron dos espacios con lógicas totalmente diferentes, por el contrario, estuvieron conectados por una serie de dispositivos que fueron utilizados tanto en las embarcaciones como en distintas arquitecturas. En ese sentido las áreas de desinfección se volvieron sectores “de paso” obligados en múltiples programas modernos, como única vía para evitar nuevos brotes epidémicos. En ese aspecto dos artefactos fueron predominantes, el aparato *Clayton* y el *Marot*. Este último en particular alcanzó una enorme popularidad en la ciudad de Buenos Aires, principalmente por el rol central que le asignó el director de la ASyAP, José Penna. En su visión el *sulfurizador* parecía ser el invento capaz de volver realidad una utopía higiénica aplicada a la ciudad.

Con estos avances el uso de las islas lazareto como Martín García comenzó rápidamente a decaer. En un artículo de junio de 1902, la revista *Caras y Caretas* sugería que la vecina Isla de Flores donde se ubicaba el lazareto uruguayo abandonara su carácter de guardadora de apestados, reales o supuestos, y se convirtiera en un punto de recreo para los montevideanos, al igual que Martín García podría serlo para los porteños.⁵³⁸ En años subsiguientes las derivaciones a la isla aparentemente no fueron numerosas, y solo se registran algunas en los periódicos.⁵³⁹ Luego de un temporal en 1911 su capacidad se redujo y las embarcaciones comenzaron a cumplir el período de observación directamente en el área de los diques de Puerto Madero.⁵⁴⁰ Ese fue el último año de funcionamiento del lazareto de la isla Martín García.⁵⁴¹ En 1912 el Ministerio de Marina solicitó al DNH utilizar el lazareto para la concentración de conscriptos, pedido que fue concedido. Al poco tiempo fue puesto directamente bajo la jurisdicción del Ministerio de Marina, quedando su función de aislamiento de las enfermedades exóticas como algo del pasado.

⁵³⁸ Revista *Caras y Caretas* N°194, 21 de junio de 1902.

⁵³⁹ Podemos citar el caso del vapor *Araguaya*, cuyo caso fue registrado por el desarrollo del cólera a bordo y su estadía en el lazareto de Ilha Grande. A su llegada a Buenos Aires los pasajeros de tercera fueron derivados a Martín García junto con la embarcación para su desinfección completa, mientras que los de primera y segunda pasaron a observación. No se produjeron nuevos casos de cólera. Ver Rebelo-Pinto; Hochman (2016).

⁵⁴⁰ Revista *Caras y Caretas*, (1911, 2 de diciembre). Año XIV, N°687.

⁵⁴¹ Llambi (1995): 107.

CONCLUSIONES

A lo largo de estas páginas, esta tesis se ocupó de estudiar el sistema sanitario del puerto de la ciudad de Buenos Aires y su rol en la definición del medio urbano, durante el apogeo del modelo agroexportador y la inmigración masiva, el cual también fue el momento de mayor circulación a nivel regional de las denominadas enfermedades “exóticas”, como el cólera, la fiebre amarilla y la peste.

Con ese fin propusimos como necesaria una mirada propia del reciente campo de los estudios sobre cuarentena (*quarantine studies*), dentro del cual afirmamos que esta tesis se inserta. Esa mirada consistió en superar los límites del Estado nación, afirmando que la definición y redefinición de dicho sistema para hacer frente a la amenaza de las enfermedades contagiosas, ocurrió en gran parte en el diálogo con otros países de la región y del mundo, en especial Brasil y Uruguay. En el desarrollo de los capítulos pudimos ver que, como principal diferencia con respecto a la experiencia europea, en la relación entre los tres países se dio una triple tensión entre evitar la entrada de las enfermedades al territorio, permitir los intercambios comerciales regionales y globales, y lograr la captación de inmigrantes europeos como parte de la estrategia de desarrollo nacional propia. Como afirmamos en la hipótesis y confirmado en esta investigación, en el caso de la ciudad de Buenos Aires esa triple tensión tuvo una resolución espacial a través de la generación de distintos programas arquitectónicos que funcionaron como un sistema de control de las enfermedades contagiosas y definieron prácticas que se aplicaron a gran escala en el medio urbano.

A nivel regional esa tensión tuvo sus matices y presentó diferencias importantes. Las autoridades locales parecían privilegiar el vínculo con el gobierno oriental, con el que mantenían intercambios frecuentes, especialmente a través de sus principales ciudades puerto, Montevideo y Buenos Aires, desde la época colonial. Brasil por el contrario era observado prácticamente como un foco endémico, en especial de fiebre amarilla, por lo que sucesivamente fueron aplicadas medidas restrictivas frente a sus procedencias, aunque por su importancia comercial a nivel regional se volvía necesario mantener relaciones abiertas con sus puertos.

Los tres países buscaron saldar estas diferencias en sucesivas conferencias internacionales, que tomaban como modelo a aquellas desarrolladas en Europa con el mismo

fin. Pero los encuentros sudamericanos estuvieron lejos de simplemente incorporar los acuerdos logrados en el viejo continente. Por el contrario, las autoridades médicas y diplomáticas se permitieron incorporar, discutir, reinterpretar y también superar dichas propuestas. En ese sentido es pertinente volver a destacar que los gobiernos de Brasil, Uruguay y Argentina ratificaron sus acuerdos con fuerza de ley antes que los gobiernos europeos, que habían acumulado un mayor número de encuentros internacionales sin lograr el mismo resultado.

Observar el inicio del sistema sanitario portuario local, recorrer las discusiones de estas conferencias y dimensionar sus correlatos en medidas sanitarias concretas, nos han permitido aproximarnos a un proceso de transformación y complejización de dicho sistema con importantes correlatos arquitectónicos y urbanos, que han contribuido a corroborar la hipótesis principal. En dicho proceso pueden identificarse tres etapas. La primera etapa puede denominarse “prebacteriológica”, y se anclaba fuertemente en la teoría miasmática de propagación de las enfermedades. En consecuencia, la estrategia sanitaria consistió principalmente en el aislamiento por un tiempo determinado de aquellos posibles vectores de transmisión como medida de profilaxia. Con este fin, se acordaron tiempos de cuarentena prudenciales y se definieron lazaretos y asilos, generalmente provisorios y alejados del medio urbano, que luego fueron desactivados o reformulados. Una segunda etapa “bacteriológica” inició con los aportes de esta nueva teoría a la medicina y posteriormente al sistema sanitario. Esta fase resulta más difícil de definir por su carácter transicional. En ella se lograron identificar las causas de algunas de las enfermedades más temidas del período, lo que habilitó el desarrollo de sistemas técnico-químicos que permitían su erradicación, mientras que la etiología de otras continuó sin tener una explicación científica convincente. Además, como todo nuevo paradigma, debió enfrentarse a las resistencias que ofrecían los defensores del anterior, en especial en la figura de Eduardo Wilde que, sin ser un promotor de las cuarentenas, continuaba ocupando puestos estratégicos desde donde atacaba a los nuevos médicos “bacteriólogos”. En consecuencia, en esta etapa el aislamiento y la cuarentena se solaparon con una nueva estrategia que tuvo como eje a la desinfección, la cual permitiría agilizar los tiempos de circulación de personas y objetos al eliminar químicamente a los agentes patógenos que producían las enfermedades. Esto derivó en la incorporación de la desinfección a muchos de los programas arquitectónicos de aislamiento, pero también al desarrollo de nuevos programas como los lavaderos y las estaciones de desinfección. Finalmente, en una última etapa “plenamente bacteriológica” esta teoría logró afianzarse definitivamente en las instituciones de salud, por lo que se proyectaron establecimientos y laboratorios para su investigación y

desarrollo. En lo que respecta al sistema sanitario, las cuarentenas fueron abolidas y la desinfección “tomó el mando” gracias al avance de los dispositivos técnicos que optimizaban la aplicación de sustancias químicas tanto en el espacio portuario como en el medio urbano.

Volviendo a los postulados iniciales, hemos podido ratificar nuestra afirmación sobre la “vida corta” de las cuarentenas a nivel local en comparación a su desarrollo en Europa visto en el primer capítulo. En efecto, confrontado con su inicio en el siglo XIV en el viejo continente, el apogeo de las cuarentenas y el desarrollo de proyectos de lazaretos a nivel nacional duró unos escasos cuarenta años, tomando como punto de arranque el primer reglamento de sanidad propuesto por Pedro Mallo, como médico de la Junta de Sanidad del Puerto Central, hasta su abolición en la primera década del siglo XX, con Carlos Malbrán al frente del Departamento Nacional de Higiene. Su utilización como medida de profilaxia en la Argentina prácticamente desapareció luego de esto hasta fechas muy recientes, cuando fue nuevamente utilizada frente a una nueva pandemia de una enfermedad desconocida.

Considerando este proceso acelerado, el desarrollo de los sucesivos capítulos nos ha permitido adentrarnos en las dificultades que tuvo nuestro país para consolidar su sistema sanitario portuario. Especialmente refiriéndonos a los lazaretos, podemos afirmar que la Argentina no pudo consolidar un sistema de establecimientos que estuviera a la altura de sus propias exigencias. En efecto, la ambivalencia entre construir una institución permanente o instalaciones provisionarias fue prácticamente transversal al periodo estudiado. Así, ni el lazareto de la Isla Martín García, ni los lazaretos flotantes, ni los proyectos de islas artificiales pudieron establecer una verdadera barrera sanitaria tal cual fue pensada teóricamente. Probablemente la imagen más elocuente de esto la constituye el relato de uno de los últimos directores del lazareto de la Isla Martín García, que a fines del siglo XIX debió desarmar estructuras existentes y volver a reutilizar hasta los viejos clavos para contar con las mínimas instalaciones necesarias.

Las condiciones topográficas de la isla, que eran las mismas que las de la costa porteña, condicionaron desde sus inicios que pudiera ser un espacio de cuarentena adecuado. Cuantiosas sumas de dinero fueron invertidas para salvar este problema en el puerto de la capital con los proyectos de Puerto Madero primero, y Puerto Nuevo después. Una inversión similar nunca fue destinada a las instalaciones de Martín García ni a los proyectos de islas artificiales, situación que parecía poner a la Argentina en desventaja frente a sus socios comerciales, considerando al lazareto brasileño, ubicado en Ilha Grande, y el uruguayo, ubicado en la Isla de Flores. En relación con este último, la utopía de un gran lazareto internacional del Río de la Plata pareció ser el ideal del gobierno local durante gran parte del período, pero nunca logró concretarse.

Por fuera de su aspecto formal y la infraestructura instalada, el estricto uso de estas instalaciones debe matizarse considerando nuevamente la triple tensión a la que ya nos hemos referido. En efecto, la intención de captar inmigrantes y permitir la circulación comercial en ocasiones primó sobre el cuidado sanitario del medio urbano. En ese sentido establecer medidas más laxas configuró una estrategia que también fue utilizada, tanto para asegurar a los inmigrantes que no serían sometidos en cuarentena a su llegada a puerto como también a las empresas navieras que sus embarcaciones no serían retenidas con la aplicación de un aislamiento de rigor. Esta postura podía cambiar drásticamente ante la amenaza de una epidemia e inclusive Brasil, que se presentaba como el destino con menos restricciones de los tres países del Atlántico sudamericano podía cerrar sus puertos durante un tiempo considerable, tanto para prevenirse, pero también como estrategia de presión política.

Observar esos momentos de mayor tensión, nos ha permitido verificar varios de los postulados presentados al inicio de esta tesis. En primer lugar, la idea de que las epidemias podían funcionar como vectores de institucionalización, que le permitieron al Estado consolidar espacios, áreas de influencia, y dinamizar procesos previos que incidieron materialmente en la ciudad e introdujeron nuevas prácticas en la sociedad. Esto nos ha llevado a discutir una afirmación, bastante prevalente en la historia urbana de Buenos Aires, que le asignó a la gran epidemia de fiebre amarilla de 1871 un rol fundamental en las transformaciones posteriores de la ciudad en materia sanitaria. Sin intención de restarle importancia a ese evento, esta tesis ha podido demostrar que dicho proceso de transformación urbana estuvo signado no por una, sino por la sucesión de varias epidemias. El impacto que tuvieron y el temor de que se desataran nuevas motorizó la convocatoria a conferencias internacionales, la redacción de reglamentos sanitarios, la instalación de construcciones provisorias, el diseño de establecimientos e infraestructuras sanitarias definitivas, la ampliación de los existentes y la importación equipos de vanguardia, con el objetivo de estar preparados ante un posible nuevo episodio. La finalidad última parecía ser lograr una utopía de ciudad sana e higiénica que pudiera hacer frente a este riesgo constante.

Este desarrollo se solapó con el proceso de expansión y territorialización de Buenos Aires, con el cual se volvió profundamente imbricado. Como consecuencia, los programas arquitectónicos de aislamiento estuvieron prácticamente desde el inicio involucrados dentro del proceso de planificación de la ciudad, al menos desde la necesidad de su alejamiento del sector más consolidado, por el riesgo que podían significar para el cuerpo social. Ese proceso de definición de centro y periferias no estuvo privado de marchas, contramarchas y contradicciones, debido a las propias dudas que presentaba Buenos Aires en el período

estudiado, las cuales contemplaban su rol como posible capital de la nación, su futura escala, densificación y dirección de crecimiento, entre otras. Para observar este fenómeno ha sido necesario considerar no solo aquellas intervenciones materializadas, sino también la mucho más extensa lista de proyectos que quedaron en el papel que incluyó a la ciudad en su conjunto, el puerto y los programas de aislamiento. El análisis de esa documentación nos ha permitido observar la persistente intención de centralidad del puerto de Buenos Aires, y de definir una separación entre una ciudad sana y una periferia donde instalar las arquitecturas de aislamiento.

En este punto, cabe recordar que nos referimos a programas de aislamiento en plural y no solo a lazaretos, ya que hemos afirmado desde el inicio de esta tesis que el sistema sanitario de la ciudad estuvo compuesto también por los asilos de inmigrantes y la Casa de Aislamiento. Consideramos que esta mirada ha resultado novedosa, ya que los pocos estudios desarrollados sobre esta problemática han abordado estos programas en forma individual y no como un sistema, imperfecto y contradictorio, pero necesariamente vinculado. Como en el caso anterior, observar los proyectos, y no solo los casos materializados, aportó enormemente a comprender las distintas fases del proceso de complejización particular de cada uno de ellos. En efecto, desde un punto inicial común que consistía en la función básica de asilar/aislar, los distintos proyectos permitieron ver un proceso de definición específico que llevó al asilo de inmigrantes a transformarse en hotel de inmigrantes, y a los lazaretos en estaciones sanitarias y hospitales para enfermedades infectocontagiosas. En ese proceso se desarrollaron modelos tipológicos y funcionales particulares para cada programa, que solo en algunos casos lograron efectivamente materializarse.

El desarrollo de la investigación ha dejado claro que, en el caso de la ciudad de Buenos Aires, todos estos programas contemplaban dentro de sus funciones la detección oportuna de posibles agentes de transmisión de enfermedades contagiosas y su tratamiento. En un principio esto consistió en el aislamiento, pero en su etapa más avanzada la desinfección se volvió fundamental para lograr la sanitización en todas las arquitecturas que fueron parte del sistema sanitario. Hemos mencionado que, si lo consideramos efectivamente un sistema, este fue imperfecto. Podemos sustentar esto en al menos en dos aspectos. El primero, más evidente, recae en la cuestión presupuestaria. En efecto, la inversión económica en estos programas fue limitada y frecuentemente a destiempo considerando los sucesivos eventos epidémicos que hemos abordado, lo que les valió amplias críticas a las autoridades, en especial en lo referido a las instalaciones defectuosas a las que eran derivados los pasajeros de primera clase, los retrasos que implicaban grandes consecuencias económicas para el sector comercial, y las condiciones de los espacios de tratamiento disponibles para los enfermos. En ese sentido, la amplia cantidad

de edificios proyectados no tuvo un correlato material para dar respuesta a las exigencias del sistema sanitario.

El segundo aspecto residió en conflictos que podríamos denominar jurisdiccionales entre las distintas autoridades sanitarias entre sí y con otras áreas del Estado. En efecto, este fue un problema transversal a lo largo de la tesis, en el que fueron cambiando los actores en la medida que distintas dependencias gubernamentales se fueron creando como parte de un Estado en formación, y que en sus inicios no tenía una dependencia de salud centralizadora definida. En ese sentido se ratifica que la conformación de una autoridad sanitaria de puerto, aunque dependiente del Ministerio de Guerra y Marina, antecedió a la institucionalización de la salud a nivel urbano. Esto derivó en una serie de conflictos de distinta índole. En principio, estos se centraron en las discrepancias entre las autoridades sanitarias portuarias de cada ciudad, los gobiernos locales y las autoridades consulares, con la constante sospecha de que Buenos Aires, donde se encontraba la Junta de Sanidad del Puerto Central, buscaba privilegiar su propia posición ya ventajosa geográficamente.

Aun con la formación de la Asistencia Pública de Buenos Aires y del Departamento Nacional de Higiene estos problemas no terminaron. Principalmente desde este último se denunciaba el solapamiento de funciones con la autoridad sanitaria porteña, que le restaba relevancia como autoridad centralizadora de la salud a nivel nacional. Este fue un importante desafío para el Departamento, que debió balancear los problemas de la capital con los de las provincias del interior. Desde la capital se acusaba a la autoridad sanitaria nacional de no ser suficientemente efectiva en la detección de casos sospechosos, lo que significaba un posible foco infeccioso dentro del medio urbano. La ciudad no tuvo un control absoluto de las defensas de su puerto en el periodo estudiado, por lo que estas acusaciones cruzadas fueron permanentes a lo largo de la tesis. Estas tensiones escalaban enormemente en contextos epidémicos cuando las diferencias entre paradigmas médicos, falta de recursos y diferencias en las estrategias para hacer frente al avance de la enfermedad se ponían de manifiesto al mismo tiempo, haciéndose eco en los medios periodísticos, y culminando en algunos casos con el desplazamiento de autoridades sanitarias de sus puestos.

Considerando estas discrepancias se vuelve relevante marcar la convergencia a fines del siglo XIX y especialmente a principios del XX, sobre la desinfección como el método tecnocientífico que permitiría hacer frente a las enfermedades contagiosas, saneando en forma total el medio donde se aplicaban las sustancias químicas. En el cambio de siglo tanto las autoridades de la Asistencia Pública como del Departamento Nacional de Higiene apostaron fuertemente a la adquisición de nuevos dispositivos técnicos para sanear el área portuaria y el

medio urbano en su conjunto. Estas máquinas fueron puestas en funcionamiento primero como estrategia de sanidad marítima, aplicada a los barcos y sus cargamentos, pero rápidamente fueron adoptados también en el medio urbano para el desarrollo de nuevos programas arquitectónicos escasamente abordados por la historiografía, como los lavaderos y las estaciones de desinfección, o actualizar existentes, como lazaretos y hospitales. Este movimiento de la desinfección del puerto a la ciudad terminó de consolidarse con la asunción de José Penna al frente del Departamento Nacional de Higiene, luego de haber desempeñado el cargo de director de la Asistencia Pública de Buenos Aires desde el cual intensificó el alcance de las cuadrillas de desinfección a una mayor superficie de la ciudad, apuntando a una verdadera utopía higiénica. Ya desde el Departamento Nacional de Higiene, Penna planificó un próximo movimiento para la desinfección: del puerto a la ciudad y de la ciudad a las provincias. Este traslado se asentaba en que, si bien parecía imposible lograr que las enfermedades desaparecieran por completo y los mismos problemas presupuestarios que observamos limitaban el real alcance de la desinfección, también era cierto que las medidas profilácticas habían cambiado sustancialmente la realidad sanitaria de la ciudad lo cual se reflejaba claramente en las estadísticas. La utopía tal vez fuera inalcanzable pero el camino estaba trazado.

Este trabajo ha abordado el proceso de definición del sistema sanitario marítimo argentino, pero con especial énfasis en su impacto en la conformación de la estructura urbana de la ciudad de Buenos Aires. Dicha particularidad permite definir casi naturalmente futuras líneas de investigación que indaguen en estos temas desde otros de los importantes puertos nacionales, observando el particular impacto que tuvieron en sus trazados urbanos. Durante el proceso de investigación, nos hemos topado con proyectos de aislamiento no concretados para otras ciudades del país que no hallaron lugar en esta tesis o fueron desarrollados brevemente con el fin de nutrir el argumento central. Estos podrían constituir puntos interesantes para nuevas investigaciones que esperamos encuentren en este trabajo un antecedente valioso para construir alternativas a las historias urbanas tradicionales.

BIBLIOGRAFÍA

Aliata, F.; Liernur, F. (2004). *Diccionario de Arquitectura en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Clarín.

Aliata, F. (2006). *La ciudad regular. Arquitectura, programa e instituciones en el Buenos Aires posrevolucionario, 1821-1835*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones de la Universidad Nacional de Quilmes.

Álvarez, A. (1999). Resignificando los conceptos de la higiene: el surgimiento de una autoridad sanitaria en el Buenos Aires de los años 80. En *Historia, Ciencias, Saude – Manguinhos*, VI (2):293-314.

----- (2004). El rol de los lazaretos en el control del cólera y la fiebre amarilla; Buenos Aires 1870 -1915. En *Historia Revista*, vol.9, n°2, julio-diciembre.

----- (2018). *La historia de la salud y la enfermedad; recursos archivísticos y metodológicos de un campo historiográfico en construcción*. Buenos Aires, Argentina: EUDEM.

Armus, D. (1996). *La idea del verde en la ciudad moderna: Buenos Aires 1870-1940*. Buenos Aires, Argentina: Revista Entrepasados N° 10.

----- (2002) *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires, Argentina: Grupo Editorial Norma.

----- (2005). *Avatares de la medicalización en América Latina (1870-1970)*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

----- (2007) *La ciudad impura: Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires, Argentina: Edhasa.

Armus, D.; Hochman, G. (2004) *Cuidar, controlar, curar. Ensayos históricos sobre salud y enfermedad en América Latina y el Caribe*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora FIOCRUZ.

Ave, G.; De Menna, E. (2011). *Architettura e urbanística di origine italiana in Argentina; tutela e valorizzazione di uno straordinario patrimonio culturale*. Roma, Italia: Gangemi Editore.

Baldwin, P. ([1999] 2004). *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

Bashford, A. (2004). *Imperial Hygiene: a critical history of colonialism, nationalism and public health*. New York, USA: Ed. Palgrave.

Bashford, A.; Hooker, C. (2001). *Contagion; historical and cultural studies*. Londres, United Kingdom: Ed. Routledge.

Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX; instituciones y procesos*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.

Benchimol, J.L. (1999). *Dos micróbios aos mosquitos; febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Fiocruz.

Biagini, H. (1985). *El movimiento positivista argentino*. Buenos Aires, Argentina: Editorial de Belgrano.

- Bjerg, M. (2009). *Historia de la inmigración en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Edhasa.
- Bohoslavsky, E.; Soprano, G. (2010). *Un estado con rostro humano; funcionarios e instituciones estatales en Argentina (de 1880 a la actualidad)*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Bonastra Tolos, J. (2006). *Ciencia, sociedad y planificación territorial en la institución del lazareto*. Barcelona, España: Universitat de Barcelona.
- (2018). *Quarantine and territory in Spain during the second half of the nineteenth century*. En Chircop, J.; Martínez, F.J. (2018). *Mediterranean quarantines, 1750-1914; space, identity and power*. Manchester, United Kingdom: Manchester University Press.
- Bohoslavsky, E.; Soprano, G. (2010). *Un estado con rostro humano; funcionarios e instituciones estatales en Argentina (de 1880 a la actualidad)*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Bordi de Ragucci, O. (1992). *Cólera e inmigración 1880-1900*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Leviatán.
- Borucki, A. (2017). *De compañeros de barcos a camaradas de armas; identidades negras en el Río de la Plata, 1760-1860*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo libros.
- Brömer, R. (2000). The first global map of the distribution of human diseases: Friedrich Schnurrer's 'Charte über die geograsphische Ausbreitung der Krankheiten'. En *Medical History*, vol. 44 no. 20 (2000), pp. 176-185.
- Buño, W. (1983). *Una crónica de Montevideo de 1857; la epidemia de fiebre amarilla*. Montevideo, Uruguay: Ediciones de la Banda Oriental.
- Caimari, L. (2004). *Apenas un delincuente: crimen, castigo y cultura en Buenos Aires, 1880-1955*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Ediciones.
- Cannato, V. (2009). *American passage; the history of Ellis Island*. New York, USA: Harper Collins.
- Caride Bartrons, H. (2011). *Cuerpo y ciudad: Una metáfora orgánica para Buenos Aires a fines del siglo XIX*. Buenos Aires, Argentina: Anales del Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas "Mario J. Buschiazzo" N°41.
- (2018). *Lugares del mal vivir: una historia cultural de los prostíbulos de Buenos Aires, 1875-1936*. Buenos Aires, Argentina: Serie Tesis del IAA.
- Caro, F. (2013). John Howard y su influencia en la reforma penitenciaria europea de finales del siglo XVIII. En *Eguzkilore*, n°27, pp. 149-168.
- Castel, R.; Donzelot, J.; Foucault, M.; Gaudemar, J.; Grignon, C.; Muel, F. (1981) *Espacios de poder*. Madrid, España: Las ediciones de La Piqueta.
- Cerda, J.; Valdivia, G. (2007). John Snow, la epidemia de colera y el nacimiento de la epidemiología moderna. En *Revista Chilena de Infectología*, v.24, n°4, agosto 2007, pp.331-334.
- Chase-Levenson, A. (2020). *The yellow flag; quarantine and the British Mediterranean World, 1780-1860*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Chiaromonte, J.C. (1970). *Nacionalismo y liberalismo económico en Argentina 1860-1880*. Buenos Aires, Argentina: Edhasa.
- (1991). *Mercaderes del litoral; economía y sociedad en la provincia de Corrientes, primera mitad del siglo XIX*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

- Chircop, J.; Martínez, F.J. (2018). *Mediterranean quarantines, 1750-1914; space, identity and power*. Manchester, United Kingdom: Manchester University Press.
- Chircop, J. (2021). *Lazarettos as border filters: expurgating bodies, commodities and ideas, 1800-1870*. En Trubeta, S.; Promitzer, C.; Weindling, P. (2021). *Medicalising borders; selection, containment and quarantine since 1800*. Manchester, United Kingdom: Manchester University Press.
- Cueto, M. (2004). *El valor de la salud; historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington, USA: Organización Panamericana de la Salud.
- Dal Castello, D. (2018). *La ciudad circular: espacios y territorios de la muerte en Buenos Aires (1868-1903)*. Buenos Aires, Argentina: Serie Tesis del IAA.
- (2021). *Muerte en el parque: cementerios de Buenos Aires (1935-1965)*. Buenos Aires: Tesis inédita.
- De Laet, M.; Mol, A. (2012). La bomba Bush de Zimbabue; mecánica de una tecnología fluida. En *REDES*, vol. 18, n°35. Buenos Aires, Argentina: UNQ.
- Delumeau, J. (2012). *Historia del miedo en Occidente*. Madrid, España: Taurus.
- Devoto, F. (2003). *Historia de la inmigración en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana.
- Di Liscia, M.S. (2013). Un pueblo sano, una raza apta: inmigración y salud en Argentina, siglos XIX y XX. Ponencia presentada en las XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.
- (2017). Inmigración, salud y burocracia; casos y perspectivas de análisis (1876-1920). En *Burocracias estatales: problemas, enforques y estudios de caso en la Argentina (entre fines del siglo XIX y XX)*. Buenos Aires, Argentina: Prohistoria Ediciones.
- Di Liscia, M.S; Soprano G. (2017). *Burocracias estatales: problemas, enforques y estudios de caso en la Argentina (entre fines del siglo XIX y XX)*. Buenos Aires, Argentina: Prohistoria Ediciones.
- Echenberg, M. (2010). *Plague ports; the global urban impact of bubonic plague between 1894 and 1901*. New York, Estados Unidos: New York University Press.
- Engelmann, L.; Lynteris, C. (2020). *Sulphuric utopias: a history of maritime fumigation*. Massachusetts, EEUU: The MIT Press
- Fernández, A. (2017). La ley argentina de inmigración de 1876 y su contexto histórico. En *Almanack*, n° 17, Guarulhos, Sept./Dec. 2017.
- Fiquepron, M. (2020). *Morir en las grandes pestes; las epidemias de colera y fiebre amarilla en la Buenos Aires del siglo XIX*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. ([1997] 2007). Seguridad, territorio, población: Curso en el College de France 1977-1978. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- ([1963] 2008). El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores
- (2010). *El cuerpo utópico: las heterotopías*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Galeano, D. (2009). Médicos y policías durante la epidemia de fiebre amarilla (Buenos Aires, 1871). En *Salud Colectiva*, n°5, vol.1, enero-abril, pp. 107-120.

González Leandri, R. (1999). *Curar, persuadir, gobernar: la construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*. Madrid, España: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

----- (2006). La consolidación de una inteligencia médico profesional en Argentina: 1880-1900. En *Diálogos, Revista Electrónica de Historia*, vol. 7, n°1, febrero- agosto, pp.36-79.

----- (2007). Sanidad pública, funcionarios e intelectuales en Argentina a fines del siglo XIX. En *Agenda Social*, vol.1, n°2, mayo-agosto, pp. 20-41.

----- (2013). Internacionalidad, higiene y cuestión social en Buenos Aires (1850-1910); tres momentos históricos. En *Revista de Indias*, vol. XXIII, n°257, pp. 23-54.

Gorelik, A. (1998). *La grilla y el parque: espacio público y cultura urbana en Buenos Aires 1887-1936*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.

Harrison, M. (2012). *Contagion: how commerce has spread disease*. Londres, UK: Yale University Press.

Henderson, J. (2019). *Florence under siege; surviving plague in an early modern city*. Cornwall, Inglaterra: Yale University Press.

Higginbotham, P. (2016). The MAB Hospital Ships, Long Reach, Dartford. Recuperado de: <http://www.workhouses.org.uk/MAB-HospitalShips/>

Hochman, G.; Rebelo-Pinto, F. (2016). Cólera en el vapor Araguaya, 1910: epidemias en la travesía inmigratoria entre Europa, Brasil y Argentina. En *Revista Quinto Sol*, vol. 20, n°2, pp. 1-22.

Howard-Jones, N. (1975). *The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851-1938*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.

----- (1981). *The Pan American Health Organization: origins and evolution*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.

Jankilevich, A. (1999). La gran epidemia de fiebre amarilla; fatalidad o negligencia. En *Hospital y comunidad*, vol. 2, año 2, n°1.

Jardon, M.; Toledo Rios, C.M. (2011). *Los orígenes del hospital San Roque: la labor de Ramos Mejía. José Ingenieros y el tratamiento de los accidentes históricos*. Ponencia presentada en el 3er Congreso Internacional de Investigación, 15 al 17 de noviembre de 2011, La Plata.

Disponible en Memoria Académica:

http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1464/ev.1464.pdf

Koch, T. (2017). *Cartographies of disease; maps, mapping and medicine*. California, EEUU: Esri Press.

Langguth, E.; Varese, J.A. (2000). *Historia y leyendas de la Isla de Flores*. Montevideo, Uruguay: Torre del vigia Ediciones.

Laval, E. (2012). Anotaciones históricas sobre el Hospital de Enfermedades Infecciosas Francisco Javier Muñiz de Buenos Aires, Argentina. En *Revista Chilena de Infectología*, vol.29, n°4, pp.468-472.

Lértora Mendoza, C. (2012). Notas para una historia de la prevención; la cuarentena portuaria argentina en el siglo XIX. *Ea Journal*, vol. 4, N°1, junio.

Liernur, J.F.; Silvestri, G. (1993). *El umbral de la metrópolis: Transformaciones técnicas y cultura en la modernización de Buenos Aires, 1870-1930*. Buenos Aires, Argentina: Sudamericana.

Lima Chaves, C. (2009). *As convenções sanitárias internacionais entre o Império Brasileiro e as Republicas Platinas (1873 e 1887)*. Rio de Janeiro, Brasil: UFRJ/IFCS.

Lima González Bonorino, J. F. (2005). *La ciudad de Buenos Aires y sus habitantes 1860-1870; a través del catastro Beare y el Censo Poblacional*. Buenos Aires, Argentina: Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires.

Llambi, A. (1995). *La Isla de Martin Garcia*. Buenos Aires, Argentina:

Lopez-Duran, F. (2009). *Eugenics in the garden: architecture, medicine and landscape from France to Latin America in the early twentieth century*. Tesis presentada para el grado de Doctor in philosophy in architecture: history and theory of architecture. MIT

Matthews, R. ([1999]2009). *Doing time: an introduction to the sociology of imprisonment*. Londres, Reino Unido: Palgrave Macmillan Press.

Mignot, C. ((1983)1994). *Architecture of the 19th Century*. Italia: Grafedit.

Ochoa de Eguileor, J; Valdes, E. (2000). *¿Dónde durmieron nuestros abuelos?; los hoteles de inmigrantes en la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Centro Internacional para la Conservación del Patrimonio Argentino.

Otero, H. (2014). La historia global y la historia de la población. En *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. Disponible en <http://nuevomundo.revues.org/66184>

Oszlak, O. (1997). *La formación del Estado argentino; orden, progreso y organización nacional*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Planeta.

Paiva, V. (2000). Teorías médicas y estrategias urbanas; Buenos Aires 1850-1920. En *Estudios del hábitat*, vol. II, n°7.

Paiva, V.; Silvestri, G. (2004). *Higienismo*. En *Diccionario de Arquitectura en la Argentina; estilos, obras, biografías, instituciones, ciudades*. Buenos Aires, Argentina: Clarín.

Pevsner, N. (1979). *Historia de las tipologías arquitectónicas*. Barcelona, España: Editorial Gustavo Gili.

Pita, V.P. (2016). Intromisiones municipales en tiempos de fiebre amarilla: Buenos Aires, 1871. En *Revista Historia y Justicia*, n°6. Disponible en <http://journals.openedition.org/rhj/531>

Porter, D. (1999). *Health, civilization and the State; a history of public health from ancient to modern times*. Londres, United Kingdom: Ed. Routledge.

Prefectura Naval Argentina (2010). *Historia de la Prefectura Naval Argentina Tomo I*. Buenos Aires Argentina: Taller General de Artes Gráficas de la Prefectura Naval Argentina.

Ransom, J. (1937). John Howard on communicable diseases. En *Bulletin of the Institute of the History of Medicine*, vol. 5, n°2, pp. 131-147.

Rebelo Pinto, F. (2013). Entre o Carlo R. e o Orleannais: a saúde publica e a profilaxia marítima no relato de dois casos de navios de inmigrantes no porto do Rio de Janeiro, 1893-1907. Em *Historia, Ciencias, Saude – Manguinhos*, v.20, n°3, jul-set-2013, pp. 765-796.

Rebelo-Pinto, F.; Hochman, G. (2016). Colera en el vapor Araguaya, 1910: epidemias en la travesía inmigratoria entre Europa, Brasil y Argentina. *Quinto Sol*, vol. 20, n°2, mayo-agosto, pp. 1-22.

- Richardson, H. (2016). *Belvidere Hospital*. Recuperado de <https://historic-hospitals.com/2016/07/26/belvidere-hospital/>
- Risse, G.B. (1999). *Mending bodies, saving souls; a history of hospitals*. New York, EE.UU.: Oxford University Press.
- Ruiz Diaz, M. (2018). *La ciudad de los réprobos; historia urbana de los espacios carcelarios de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Serie Tesis del IAA.
- Salessi, J. (1995). *Médicos, maleantes y maricas; higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina*. Rosario, Argentina: Beatriz Viterbo Editora
- Salvatore, R. (2001). Sobre el surgimiento del estado médico legal en Argentina. *Estudios Sociales N°20*; Revista universitaria semestral.
- Scarzanella, E. (2003). *Ni gringos ni indios: Inmigración, criminalidad y racismo en la Argentina, 1890-1940*. Buenos Aires, Argentina: Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes.
- Scenna, M.A. (2009). *Cuando murió Buenos Aires, 1871*. Buenos Aires, Argentina: Cántaro Ensayos.
- Scholz, M. (2005). Schimmel, Oscar. En *Neue Deutsche Biographie*, n°22, pp. 778-779. [Online-Version]; URL: <https://www.deutsche-biographie.de/pnd13957140X.html#ndbcontent>
- Sepúlveda dos Santos, M. (2007). Lazareto da Ilha Grande: isolamento, aprisionamento e vigilância nas áreas de saúde e política (1884-1942). En *Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 14, n°4, pp. 1173-1196.
- Serrano, E. (2018). *Spreading the revolution: Guyton's fumigating machine in Spain. Politics, technology, and material culture (1796-1808)*. En Roberts, L; Werrett, S. (2018). *Compound histories. Materials, Governance and Production, 1760-1840*. Boston, Inglaterra: Brill.
- Shmidt, C. (2004). *Tamburini, Francesco*. En *Diccionario de Arquitectura en la Argentina; estilos, obras, biografías, instituciones, ciudades*. Buenos Aires, Argentina: Clarín
- (2012). *Arquitectura pública para la "capital permanente"; Buenos Aires, 1880-1890*. Rosario, Santa Fe: Prometeo Editorial.
- Silvestri, G. (2004). *El color del río; historia cultural del paisaje del Riachuelo*. Buenos Aires, Argentina: UNQ Ediciones.
- Socolow, S. (2009). Buenos Aires: puerto atlántico e Hinterland en el siglo XVIII. En *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, año 2, n°2, pp. 9-21.
- Soiza Larrosa, A. (2012). La fiebre amarilla, el lazareto y el medico Román Bergalli. En *Revista Salud Militar*, vol. 31, n°1, pp. 59-73.
- Stevens Crawshaw, J.L. (2012). *Plague hospitals; public health for the city in early modern Venice*. Farnham, Inglaterra: Ashgate.
- Thomas, H.; Buch, A. (2008). *Actos, actores y artefactos; sociología de la tecnología*. Buenos Aires, Argentina: UNQ.
- Turone, A. Peste bubónica y el lazareto de Liniers. Tomado de: <http://www.revisionistas.com.ar/?p=23088>
- Vasta, M. (2019). *Viaje pintoresco y excursión científica: el Jardín Zoológico de Buenos Aires, 1888-1924*. Buenos Aires, Argentina: Serie Tesis del IAA.
- Veronelli, J.C.; Veronelli Correch, M. (2004). *Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Organización Panamericana de la Salud.

Vidler, A. ([1987] 1997). *El espacio de la ilustración: la teoría arquitectónica en Francia a finales del siglo XVIII*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Watts, S. (1999). *Epidemias y poder; historia, enfermedad, imperialismo*. Capellades, España : Editorial Andrés Bello.

Fuentes

Medicina e higiene urbana

Agote, L. ; Medina, A. (1901). *La peste bubonique dans la République Argentine et au Paraguay : épidémies de 1899-1900 ; rapport présenté au Département National D'Hygiène*. Buenos Aires, Argentina: Felix Lajouane Editor.

De Vedia, A. (1908). *Martin García y la jurisdicción del Plata*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta Coni Hermanos.

Howard, J. (1789). *An account of the principal lazarettos in Europe, with various papers relative to the plague, together with further observations on some foreign prisons and hospitals, and additional remarks on the present state of those in Great Britain and Ireland*. Londres, Inglaterra: William Eyres.

Laloutte, P. ([1776]1777). *A new method of curing the venereal disease by fumigation together with critical observations on the different methods of cure; and an account of some new and useful preparations of mercury*. Londres, Inglaterra: J.Wilkie, St. Paul's Church Yard.

Madariaga, C. (1884). *Nuestras cuarentenas; su historia y sus leyes*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de La Nación.

Malbrán, C. (1931). *Apuntes sobre salud pública*. Buenos Aires, Argentina.

Mallo, P. (1879). *Higiene publica; lecciones dadas en la Facultad de Medicina de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de La Tribuna.

Penna, J. (1889). *La cremación en América y particularmente en Argentina*. Tomo Tercero. Buenos Aires, Argentina: Establecimiento tipográfico de El Censor.

----- (1895). *Estudio sobre las epidemias de fiebre amarilla en el Rio de la Plata*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de obras.

----- (1910). *La administración sanitaria y la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta, Cartografía y Encuadernación Kraft.

Penna, J; Restagnio, A. (1916). *Atlas sanitario argentino; contribución a su estudio*. Buenos Aires, Argentina: n/a.

Ponce, C. (1888). *Las cuarentenas y lazaretos entre nosotros*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta La Universidad.

Sagui, E. (1875). *Manifiesto al público relativamente a la inversión de los fondos recibidos para la construcción del Lazareto Municipal*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de M. Biedma.

Periódicos y revistas

Anales del Círculo Médico Argentino, (enero de 1885). Año VIII, tomo VIII, n°1. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de M. Biedma.

Anales del Círculo Médico Argentino, (mayo de 1887). Año X, tomo X, n°5. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de M. Biedma.

Diario La Nación, (10 de mayo de 1895). Buenos Aires.

Diario La Nación, (16 de mayo de 1895). Buenos Aires.

Diario La Nación, (18 de agosto de 1899). Buenos Aires.

Diario La Nación, (19 de agosto de 1899). Buenos Aires.

Diario La Nación, (20 de agosto de 1899). Buenos Aires.

Diario La Nación, (25 de agosto de 1899). Buenos Aires.

Diario La Nación, (26 de agosto de 1899). Buenos Aires.

Revista Caras y caretas, (1899, 6 de mayo). Año II, N°31. Buenos Aires: n/a

Revista Caras y Caretas, (1899, 26 de agosto). Año II, N°47. Buenos Aires: n/a

Revista Caras y Caretas, (1899, 2 de septiembre). Año II, N°48. Buenos Aires: n/a

Revista Caras y Caretas, (1899, 30 de septiembre). Año II, N°52. Buenos Aires: n/a

Revista Caras y Caretas, (1899, 28 de octubre). Año II, N°56. Buenos Aires: n/a

Revista Caras y Caretas, (1899, 4 de noviembre). Año II, N°57. Buenos Aires: n/a

Revista Caras y Caretas, (1900, 10 de febrero). Año III, N°71. Buenos Aires: n/a

Revista Caras y Caretas, (1900, 24 de marzo). Año III, N°77. Buenos Aires: n/a

Revista Caras y Caretas, (1900, 1 de septiembre). Año III, N°100. Buenos Aires: n/a

Revista Caras y Caretas, (1902, 21 de junio). Año V, N°194. Buenos Aires: n/a

Revista Caras y Caretas, (1907, 20 de julio). Año X, N°459. Buenos Aires: n/a

Revista Caras y Caretas, (1911, 2 de diciembre). Año XIV, N°687. Buenos Aires: n/a

Revista Caras y Caretas (1923, 30 de junio). Año XXVI, N°1291. Buenos Aires: n/a

Revista El Mosquito, (1886, 5 de diciembre). Año XXIII, N°1248. Buenos Aires: n/a

Revista El Mosquito, (1886, 26 de diciembre). Año XXIII, N°1248. Buenos Aires: n/a

Revista El Mosquito, (1887, 13 de febrero). Año XXIV, N°1248. Buenos Aires: n/a

Revista La Semana Médica (3 de octubre de 1901), Año VIII, N°40.

Revista La Semana Médica (10 de octubre de 1901), Año VIII, N°41.

Revista La Semana Médica (5 de enero de 1911), Año XVIII, N°1.

Revista Médico Quirúrgica. 1870, año VI, n°24. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Pablo E. Coni.

Revista Médico Quirúrgica, (octubre de 1873). Año X, n°13. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Pablo E. Coni.

Revista Médico Quirúrgica, (octubre de 1873). Año X, n°14. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Pablo E. Coni.

Revista Médico Quirúrgica, (diciembre de 1873). Año XI, n°18. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Pablo E. Coni.

Revista Médico Quirúrgica, (enero de 1874). Año XI, n°19. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Pablo E. Coni.

Municipales, actas y memorias institucionales

Acta de la apertura de las sesiones del Congreso Legislativo Federal en su periodo de sesiones ordinarias de 1871.

Congreso Nacional (1871). Diario de sesiones de la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de La Tribuna Nacional.

Departamento de Guerra y Marina (1870). *Memoria presentada por el Ministro de Estado en el Departamento de Guerra y Marina al Congreso Nacional*. Buenos Aires, Argentina.

Departamento de Guerra y Marina (1871). *Memoria presentada por el Ministro de Estado en el Departamento de Guerra y Marina al Congreso Nacional*. Buenos Aires, Argentina.

Departamento de Guerra y Marina (1872). *Memoria presentada por el Ministro de Estado en el Departamento de Guerra y Marina al Congreso Nacional*. Buenos Aires, Argentina.

Departamento de Guerra y Marina (1873). *Memoria presentada por el Ministro de Estado en el Departamento de Guerra y Marina al Congreso Nacional*. Buenos Aires, Argentina.

Departamento de Guerra y Marina (1874). *Memoria presentada por el Ministro de Estado en el Departamento de Guerra y Marina al Congreso Nacional*. Buenos Aires, Argentina.

Departamento General de Inmigración (1888). *Memoria presentada al Ministerio de Relaciones Exteriores*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Juan Alsina.

Departamento General de Inmigración (1889). *Memoria presentada al Ministerio de Relaciones Exteriores*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Juan Alsina.

Departamento General de Inmigración (1890). *Memoria presentada al Ministerio de Relaciones Exteriores*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Juan Alsina.

Departamento General de Inmigración (1891). *Memoria presentada al Ministerio de Relaciones Exteriores*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Juan Alsina.

Departamento General de Inmigración (1892). *Memoria presentada al Ministerio de Relaciones Exteriores*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Juan Alsina.

Departamento General de Inmigración (1893). *Memoria presentada al Ministerio de Relaciones Exteriores*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Juan Alsina.

Departamento General de Inmigración (1894). *Memoria presentada al Ministerio de Relaciones Exteriores*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Juan Alsina.

Departamento General de Inmigración (1895). *Memoria presentada al Ministerio de Relaciones Exteriores*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Juan Alsina.

Departamento General de Inmigración (1896). *Memoria presentada al Ministerio de Relaciones Exteriores*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Juan Alsina.

Departamento General de Inmigración (1897). *Memoria presentada al Ministerio de Relaciones Exteriores*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Juan Alsina.

Departamento General de Inmigración (1898). *Memoria presentada al Ministerio de Relaciones Exteriores*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Juan Alsina.

Departamento General de Inmigración (1899). *Memoria presentada al Ministerio de Relaciones Exteriores*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Juan Alsina.

Departamento General de Inmigración (1900). *Memoria presentada al Ministerio de Relaciones Exteriores*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Juan Alsina.

Departamento Nacional de Higiene (1891). *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. Buenos Aires, Argentina: Establecimiento Gráfico de Gunche, Wiebeck y Turtl.

Departamento Nacional de Higiene (1894). *Anales del Departamento Nacional de Higiene, 1894*. Buenos Aires, Argentina: Establecimiento Gráfico de Gunche, Wiebeck y Turtl.

Departamento Nacional de Higiene (1895). *Anales del Departamento Nacional de Higiene, 1895*. Buenos Aires, Argentina: Establecimiento Gráfico de Gunche, Wiebeck y Turtl.

Departamento Nacional de Higiene (1896). *Anales del Departamento Nacional de Higiene, 1896*. Buenos Aires, Argentina: Establecimiento Gráfico de Gunche, Wiebeck y Turtl.

Departamento Nacional de Higiene (1897). *Anales del Departamento Nacional de Higiene, 1897*. Buenos Aires, Argentina: Establecimiento Gráfico de Gunche, Wiebeck y Turtl.

Departamento Nacional de Higiene (1901). *Anales del Departamento Nacional de Higiene, 1901*. Buenos Aires, Argentina: Establecimiento Gráfico de Gunche, Wiebeck y Turtl.

Departamento Nacional de Higiene (1903). *Anales del Departamento Nacional de Higiene, 1903*. Buenos Aires, Argentina: Establecimiento Gráfico de Gunche, Wiebeck y Turtl.

Departamento Nacional de Higiene (1904). *Anales del Departamento Nacional de Higiene, 1904*. Buenos Aires, Argentina: Establecimiento Gráfico de Gunche, Wiebeck y Turtl.

Departamento Nacional de Higiene (1905). *Anales del Departamento Nacional de Higiene, 1905*. Buenos Aires, Argentina: Establecimiento Gráfico de Gunche, Wiebeck y Turtl.

Departamento Nacional de Higiene (1906). *Anales del Departamento Nacional de Higiene, 1906*. Buenos Aires, Argentina: Establecimiento Gráfico de Gunche, Wiebeck y Turtl.

Departamento Nacional de Higiene (1907). *Anales del Departamento Nacional de Higiene, 1907*. Buenos Aires, Argentina: Establecimiento Gráfico de Gunche, Wiebeck y Turtl.

Departamento Nacional de Higiene (1911). *Anales del Departamento Nacional de Higiene, 1911*. Buenos Aires, Argentina: Establecimiento Gráfico de Gunche, Wiebeck y Turtl.

Departamento Nacional de Higiene (1913). *Guía Oficial; datos para la historia, organización actual, división y funcionamiento, legislación sanitaria argentina, nóminas de profesionales y establecimiento de toda la Nación*. Buenos Aires, Argentina.

Ministerio del Interior (1873). *Memoria presentada al Congreso Nacional*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta del Congreso Nacional.

Ministerio del Interior (1874). *Memoria presentada al Congreso Nacional*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta del Congreso Nacional.

Ministerio del Interior (1889). *Memoria presentada al Congreso Nacional*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta del Congreso Nacional.

Ministerio de Relaciones Exteriores (1895-1896). *Memoria presentada al Congreso Nacional*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Martin Biedma.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1873). *Memoria de la Municipalidad*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Jorge E. Cook.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1881). *Memoria del Presidente de la Comisión Municipal al Consejo*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Martin Biedma.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1882). *Memoria del Presidente de la Comisión Municipal al Consejo*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Martin Biedma.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1883). *Memoria de la Intendencia Municipal*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Martin Biedma.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1885). *Memoria de la Intendencia Municipal*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Martin Biedma.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1887). *Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industrias de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Compañía Sudamérica de Billetes de Banco.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1889). *Memoria de la Intendencia Municipal*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Martin Biedma.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1890-1892). *Memoria de la Intendencia Municipal*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Martin Biedma.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1891). *Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Martin Biedma.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1893-1894). *Memoria de la Intendencia Municipal*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Martin Biedma.

República Argentina (1884). *Registro Nacional de la República Argentina, tomo sexto 1870-1873*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta La República.

República Argentina (1895). *Registro Nacional de la República Argentina, primer semestre*. Buenos Aires, Argentina: Talleres Tipográficos de la Penitenciaría Nacional.

República Argentina (1890). *Registro Nacional de la República Argentina, 1874-1890*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta La República.

República Argentina (1900). *Registro Nacional de la República Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Talleres Tipográficos de la Penitenciaría Nacional.

República Argentina (1901). *Registro Nacional de la República Argentina, primer cuatrimestre*. Buenos Aires, Argentina: Talleres Tipográficos de la Penitenciaría Nacional.

Reglamento Sanitario Internacional correspondiente al año 1887.

Cartográficas

Beyer, C. (1889). *Plano de la ciudad y distrito federal de Buenos Aires compilado y dibujado según los datos oficiales y observaciones del ingeniero y geógrafo Carlos Beyer*. Buenos Aires, Argentina: Ángel Estrada y Cía.

Bianchi, J.B.A. (1882). *Plano de la ciudad de Buenos Aires: Capital de la República Argentina, de los suburbios de la Boca y Barracas al Nord y de los pueblos limítrofes de Belgrano y S. José de Flores*. Buenos Aires, Argentina: Jacobo Peuser S.A.

Captain Sullivan, Sidney, Dawson, W. J. L. Wharton and Officers of H. M. Sylvia (1884). *Rio de la Plata, Compiled from the most recent French and Spanish charts, and from surveys by captain Sullivan, Sidney, Dawson, W. J. L. Wharton and Officers of H. M. Sylvia*.

Glade, C. (1867). *Plano topográfico de la ciudad de Buenos Aires y de todo su municipio incluyendo parte de los partidos de Belgrano, San José de Flores y Barracas al sur*. Buenos Aires, Argentina: Jacobo Peuser S.A.

Gramajo, A. (1916). *Plano de la ciudad de Buenos Aires, capital de la República Argentina con el trazado general de calles*. Buenos Aires, Argentina:

Herschel, J. (1871). *The World on Sir John Herschel's Projection*.

Kratzenstein, R. (1870). *Gran mapa mercantil de la ciudad de Buenos Ayres*. Buenos Aires, Argentina: Jacobo Peuser.

Latzina, F. (1888). *Plano de la ciudad de Buenos-Aires y de los partidos federalizados de San José de Flores y de Belgrano*. Buenos Aires, Argentina: Felix Lajouane Editor.

London Admiralty (1875). *Piedras Negras Pt. to Santa Lucia River showing the approaches to Montevideo*.

Ludwig, P. (1892). *Plano de la Ciudad de Buenos Aires y distrito federal*.

Sanguinetti, D. (1906). *Plano de la ciudad de Buenos Aires con la numeración de las propiedades*.

Schnurrer, F. (1827). *Charte über die Geographische Ausbreitung der Krankheiten von Frid. Schnurrer Med. Doc. vorgelegt der Versammlung Deutscher Aerzte und Naturforscher*.

Taullard, A. (1845). *Plano topográfico de las calles de la ciudad de Buenos Aires: de los templos, plazas y edificios públicos*. Buenos Aires, Argentina: Jacobo Peuser.

Tudury, G. (1854). *Plano general y fórmula del puerto de la ciudad de Buenos Ayres*.

Wharton, W.J.L. and Officers of H. M. Sylvia. (1875). *Piedras Negras Pt. to Santa Lucia River: showing the approaches to Monte Video*.

ARCHIVOS CONSULTADOS

- Archivo General de la Nación de la República Argentina.
- Archivo Histórico de la Cancillería de la República Argentina.
- Biblioteca Andrés Blanqui del Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazzo” de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad de Buenos Aires.
- Biblioteca del Centro de Estudios Migratorios Latinoamericanos.
- Biblioteca del Congreso de la Nación
- Biblioteca de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad de Buenos Aires.
- Biblioteca de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad Nacional de La Plata.
- Biblioteca de la Sociedad Central de Arquitectos.
- Biblioteca Esteban Echeverría de la Legislatura Porteña.
- Biblioteca Nacional de Maestros.
- Biblioteca Nacional de España.
- Biblioteca Nacional de Francia.
- Biblioteca Nacional Mariano Moreno de la República Argentina.
- Centro de Documentación e Información del Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas.
- Centro de Documentación e Investigación de la Arquitectura Pública del Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas.