

Entre miasmas y microbios: la vivienda popular higienizada

From miasmas to microorganisms:
hygienic lower-class housing

Sandra Caponi ¹

¹ Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. C. P. 476, Florianópolis, SC 88040-900, Brasil. sandracaponi@newsite.com.br

Abstract *By analyzing the influence of early Pasteurian thought on health discourse and practice, this paper discusses the thesis postulating an opposition between pre- and post- Pasteurian hygiene. Focusing on an analysis of the sanitary strategies to control lower-class housing that were proposed by Argentine and Brazilian hygienists, the author identifies the breaks and continuities between classical hygiene and hygiene reorganized by microbiology.*

Key words Sanitary Profiles; Miasm; Hygiene

Resumen *Analizando la influencia del primer pasteurianismo en los discursos y las prácticas sanitarias, en este trabajo discuto la tesis que postula una oposición entre la higiene pre y post pasteuriana. Centrando mi análisis en las estrategias sanitarias encaminadas a controlar la vivienda popular que fueron propuestas por higienistas de Brasil y Argentina, muestro las rupturas y las continuidades entre la higiene clásica y aquella que se reorganizó a partir de la microbiología.*

Palabras clave Perfiles Sanitarios; Miasma; Higiene

Presentación

La historia de la higiene nos obliga a detenernos en la lectura de autores oscuros y olvidados, de textos, documentos y archivos que hoy parecen carecer tanto de relevancia científica como de valor político. Anales y escritos que nos hablan de programas fracasados, de teorías refutadas y de debates anacrónicos. Sabemos, sin embargo, que entre esos papeles polvorientos persisten los restos de luchas, alianzas y conquistas científicas o políticas que pueden ayudarnos a comprender mejor nuestro presente. Pretendemos hacer de esos documentos un uso epistemológico, de manera tal que ellos nos permitan mostrar que entre las antiguas estrategias propuestas por los higienistas clásicos y aquellas que posteriormente serán sostenidas a la luz de los descubrimientos de la microbiología no existe necesariamente confrontación u oposición, sino más bien una especie de solidaridad y complementariedad que puede ser verificada tanto en el horizonte de la historia conceptual como en el horizonte de la historia social y política.

En primer lugar, es preciso interrogarse por el estatuto teórico y político de la higiene pre-pasteuriana. ¿Cómo se constituyó ese espacio discursivo? ¿Qué estrategias concretas puso en práctica? ¿Cuáles eran sus preocupaciones y objetivos? Es posible afirmar que, para muchos higienistas pre-pasteurianos, la lucha contra la miseria podía significar, al mismo tiempo, dos cosas: por un lado, un reconocimiento explícito y estadísticamente fundamentado de la urgencia en modificar las desigualdades sociales, pero, por otro, la necesidad de multiplicar estrategias de control sobre el modo de vida de las clases populares.

A partir de Ackerknecht, se afirma que el higienismo anterior a la así llamada “Revolución Pasteuriana” no constituyó un bloque homogéneo. Que existieron dos corrientes teórica y políticamente confrontadas: infeccionistas y contagionistas. Pasteur había posibilitado la victoria definitiva de los segundos a partir del momento preciso en que logró desarticular la antigua creencia en la generación espontánea. Estas afirmaciones suponen ciertas certezas que precisan ser problematizadas. En primer lugar, parece inevitable que nos interroguemos por la validez universal de la distinción que Ackerknecht trazará en 1948. ¿Es posible reconocer esa misma oposición, en diferentes países y en diferentes circunstancias, o deberemos afirmar que las nociones de infección y contagio pudieron resultar tanto aliadas como antagónicas según los contextos políticos y sociales, o

los intereses a ser defendidos? Por fin, será necesario analizar hasta que punto es posible hablar de una contradicción absoluta entre los higienistas clásicos (que se supone eran, en su gran mayoría, anti-contagionistas) y las estrategias de los nuevos higienistas que se proponían luchar contra ese universo amenazador de lo “infinitamente pequeño”.

Nos limitaremos a mostrar de que modo estas posiciones se articularon, se profundizaron o se anularon, en el caso específico de la construcción de algunas estrategias sanitarias puntuales. Así, examinaremos algunos de los argumentos que, entre fin del siglo XIX e inicios del siglo XX, fueron considerados, en Brasil y Argentina, en el contexto de las discusiones referidas a la cuestión de la vivienda popular, a las llamadas “islas de insalubridad”, y a los proyectos de reforma urbana de sus capitales.

Como intentaremos mostrar, si el discurso de la microbiología pudo integrarse al espacio del higienismo, fue porque las estrategias propuestas por los higienistas clásicos ya se habían demostrado eficaces para el control de diferentes enfermedades. Cuando hablamos de reformas urbanas y de la higienización de las viviendas populares, individuales o colectivas, no podemos dejar de analizar el papel ocupado por la pobreza y las desigualdades en el discurso de los higienistas pre y post pasteurianos. Sin embargo, debemos recordar que la asociación entre clases pobres y clases peligrosas, o, dicho de otro modo, entre pobreza e inmoralidad, formaba parte del discurso de higienistas como Villermé o Virchow, aún cuando sus estudios permitieron establecer claras correlaciones entre mortalidad y desigualdad. Esta asociación no desaparece con la emergencia de la microbiología, así como no desaparece la preocupación por las condiciones de vida y por la higiene de las viviendas populares.

Los controles sanitarios referidos a la vivienda popular, llamada de “conventillo”, “turgurio” o “cortiço”, así como la emergencia de su correlato (el visitador), ponen en evidencia que es posible hablar de complementariedad entre las diferentes estrategias sanitarias adoptadas por los higienistas clásicos y por el “nuevo higienismo” heredero de la llamada “Revolución Pasteuriana” (Faure, 1993). Desde los estudios de Villermé (1840) sobre las condiciones de vida de los operarios de la industria algodonera hasta la reforma de Haussmann, que transformó la urbanización de París, un mismo tema se reitera: la necesidad de excluir, hacia las zonas rurales (Villermé, 1840) o hacia la “banlieue” (Haussmann), a las clases populares, identificadas con la peligrosidad moral en el primer

caso, con la peligrosidad política en el segundo, y con la peligrosidad médica en ambos.

Para la higiene clásica, cada uno de los hombres, y consecuentemente cada sociedad, debían ser pensados con relación al medio, al terreno en el que habitan, al modo como circulan el agua y el aire que transporta miasmas o gases nocivos. Era necesario conocer los efectos que el clima podía tener en el cuerpo, en las fibras de los habitantes y también en su modo de acción, en su moralidad.

El higienismo clásico parece resultar del encuentro entre las teorías químicas posteriores a Lavoisier (1923), centradas en la circulación del aire, y la preocupación moral y social con el mundo de la pobreza. Por un lado, la química provee conocimientos innovadores respecto de la respiración, el oxígeno, el flogisto y el calórico (elementos que permiten modificar las explicaciones humorales de los hipocráticos). Por otro, se multiplican las estrategias para modificar los hábitos y las conductas que son caracterizadas como moral o socialmente indeseables. Entre esas dos series discursivas existe continuidad, pues, según entienden los higienistas de la primera mitad del XIX, para poder imaginar una profilaxis moral, resultaba indispensable vincular conductas y medio físico. Esta vinculación debe ser inscrita en el interior de un “suelo epistémico” general en el cual no es posible aún hablar de un espacio social y un espacio natural diferenciados. William Coleman (1982) ha sabido mostrar que no resulta simple separar, en el discurso de Villermé y de otros higienistas del siglo XIX, que es lo que se refiere a reformas sociales necesarias y que es lo que se refiere a estrategias de poder y de moralización del mundo de la pobreza.

Comprender el papel desempeñado por higienistas como Villermé (1840), así como los cambios que la nueva higiene francesa debió sufrir a partir de los trabajos de Pasteur, parece indispensable para poder tornar inteligibles las intervenciones que fueron programadas por los higienistas argentinos y brasileños con relación a la vivienda popular hacia fines del siglo XIX e inicios del siglo XX. Tal como lo afirma Nancy Stepan (1996), existieron entonces fuertes vínculos entre los intelectuales de Latinoamérica y los higienistas franceses, que, en ciertos casos, implicaron una verdadera dependencia de la medicina latinoamericana de los discursos y estrategias adoptadas por los higienistas franceses, aunque existieran también búsquedas originales tales como, por ejemplo, las de la llamada Escuela Tropicalista Bahiana.

Pretendemos detenernos en esa fase ecléctica donde convivieron la preocupación por los

microbios, y la obsesión por la purificación. Resulta significativo, por ejemplo, que, durante algún tiempo, las medidas profilácticas se dirigieran, prioritaria y exclusivamente, a las letrinas y cloacas a las cuales, según se creía, se limitaban los microbios: “*para el microbiologista Paul-Louis Keiner los “reservorios” microbianos se limitaban a las letrinas y a los desagües en primer lugar y al suelo en segundo lugar*” (Murard & Zylberman, 1996:101).

Estrategias tales como la desinfección de los espacios, el control de la vivienda popular y el control de los inmigrantes se repitieron antes y después de la revolución pasteuriana. A partir de allí, los higienistas, sean infeccionistas o contagionistas, intentaron controlar y detener las epidemias que se reiteraban tanto en América Latina como en el resto del mundo: cólera, fiebre amarilla, tuberculosis, sífilis. Las mismas enfermedades de la pobreza, que creíamos erradicadas y superadas, y que hoy reaparecen con fuerza extrema e inesperada.

Intentaremos mostrar de que modo, y a partir de que prácticas concretas, pudieron convivir sin grandes conflictos, al menos en Francia, Argentina y Brasil, un discurso científico referido a los microbios y las estrategias higienistas clásicas de limpieza, saneamiento y moralización. En relación a la vivienda popular, la misma fobia al contacto y a las “suciedades” se reitera, en Francia, en el higienismo anterior y posterior a Pasteur. Aquello que Hallé llamaba de *circunfusa*, la preocupación por las habitaciones, la meteorología, el clima, la hidrología; continuó siendo uno de los temas articuladores del nuevo higienismo.

Observando la cronología comparada de la ley del 15 de septiembre de 1902 sobre la protección de la salud pública en Francia, heredera de los descubrimientos pasteurianos, resulta que, con relación a la salubridad de los inmuebles, esta ley aparece como la continuación y el refuerzo de la ley de 1850 sobre alojamientos insalubres. La ley del 15 de septiembre (Salomón-Bayet, 1986) estableció la obligatoriedad de cumplir normas higiénicas de construcción para los nuevos inmuebles, a fin de garantizar buena aireación, iluminación y ventilación; con relación a las habitaciones reconocidas como insalubres, se reforzaron y ampliaron los poderes públicos para poder enfrentar las resistencias suscitadas por la ley de 1850 (Salomón-Bayet, 1986). Por una parte, se establecieron sanciones contra aquellos que no cumplían con las exigencias de saneamiento, por otra parte, se reforzaron las medidas de auxilio a los propietarios tendientes a proteger el derecho de propiedad.

Así, las medidas dirigidas contra las viviendas populares colectivas o individuales se mantuvieron más o menos intactas antes y después de Pasteur. Si con relación a la vacunación los cambios fueron radicales, con relación a las viviendas insalubres la continuidad era completa. Entonces, se decía que en 1902 resultaba sorprendente que *“en el país de Pasteur los impuestos a las puertas y las ventanas que privan de sol y de aire a los habitantes de los alojamientos puedan aún estar en vigor”* (Carvais, 1986:228). La misma afirmación podría haber sido enunciada medio siglo antes: los higienistas clásicos podrían haberse sorprendido de que en el país de Lavoisier los impuestos a las puertas y las ventanas que privan de sol y de aire a los habitantes de los alojamientos puedan aún estar en vigor. Es que, como afirma Ann la Bergue (1992:326), *“los objetivos del movimiento de fines de siglo XIX eran similares a los objetivos de los reformadores de inicios del XX. El efecto práctico inmediato que resultó de los esfuerzos del movimiento de salud pública de fines del XIX fue la ley de salud pública de 1902 que, en comparación con la ley de salud pública de 1850, aparece como la culminación de los esfuerzos de los higienistas de inicios de siglo”*.

Las medidas de saneamiento que antes encontraban explicaciones químicas encontraron, a partir de Pasteur, explicaciones biológicas. La cuestión del medio externo, el ámbito donde los microbios pueden desarrollarse y reproducirse, pasó a ocupar un lugar central. Como afirma Dagognet (1998), bien puede decirse que es en el propio Pasteur donde los nuevos higienistas creyeron encontrar el punto de partida para muchas de sus generalizaciones. Más específicamente, en afirmaciones de Pasteur que parecían tener una continuidad completa con el discurso clásico de los higienistas, como por ejemplo: *“el polvo es un enemigo doméstico que todos conocen. ¿Quién de nosotros no ha visto un rayo de sol penetrando por una persiana en un cuarto mal iluminado? El aire de ese cuarto está todo repleto de pequeñas partículas de polvo, de mil pequeñas “nadas”, que no pueden ser pasadas por alto, porque es posible que lleven junto con ellas la enfermedad o la muerte: el tifus, el cólera, la fiebre amarilla, y tantas otras enfermedades. El aire de ese cuarto está repleto de ellos. Nosotros no los vemos, porque ellos son tan pequeños, de un volumen tan débil (...)”* (Dagognet, 1998:158). La proximidad entre estas afirmaciones de Pasteur y aquellos antiguos estudios realizados por los infeccionistas “aeristas” quizás nos permita comprender la persistencia de las estrategias clásicas de prevención. Unos y otros percibirán al aire, al

medio, como la verdadera amenaza que los higienistas debían enfrentar.

La vivienda popular higienizada

La historia de las prácticas concretas edificadas en relación a la vivienda popular parece mostrar que no es simple hablar de rupturas radicales y absolutas entre dos modos opuestos de controlar y prevenir las enfermedades. El análisis de las Actas y Anales de los Congresos Médicos Latinoamericanos de 1904 a 1913 parece contradecir la tesis, sostenida por diversos historiadores de la ciencia, de un cambio radical en las estrategias de control sanitarias referidas a la vivienda popular. Así, para Costa (1984:10), *“la emergencia de la bacteriología aclaró el problema de la causa biológica de la enfermedad y permitió que, a partir de fines del XIX, los programas de salud pública pudiesen ser realizados ignorando consideraciones y reflexiones sobre política social y reforma urbana”*. Esta afirmación supone que, a partir de la emergencia de la microbiología, la salud pública se redefine como medicina de epidemias, que se reduce a estrategias militares de intervención sobre bacterias y vectores y que se prescinde de *“medidas preventivas y cambios en el ambiente de la ciudad”* (Costa, 1984:11). Estas afirmaciones parecen desconsiderar que, por ejemplo, en relación a la vivienda popular, muchas de las estrategias defendidas por los higienistas pre y pos pasteurianos se mantuvieron idénticas (desinfección, saneamiento, control de las “islas de insalubridad”), que la salud pública no se limitó a una medicina de las epidemias, pues muchas preocupaciones con los hábitos y conductas populares (alcoholismo, prostitución, sexualidad, etc) se mantuvieron constantes desde los estudios de Villerme de 1840 hasta las estadísticas que Emilio Coni presenta en el tercer Congreso Médico Latinoamericano de 1913.

Esos documentos parecen indicar que muchas preocupaciones persistieron con la introducción de la microbiología en el discurso médico-sanitario. Las preocupaciones con los pantanos, los mataderos, los espacios de insalubridad y la falta de higiene y moralidad de la vivienda popular parecen haber tenido una clara prioridad sobre las escasos esfuerzos por transformar las condiciones de vida de los trabajadores tanto en las últimas décadas del siglo XIX como en las primeras décadas del Siglo XX. Esas intervenciones sanitarias que inicialmente utilizaban explicaciones miasmáticas y que encuentran, más tarde, un fundamento teó-

rico en los estudios provenientes de la microbiología, se mantuvieron prácticamente inalteradas.

Podemos decir entonces que la cuestión de la vivienda popular “higienizada”, que aparece de modo insistente hacia fines del siglo XIX e inicios del siglo XX, parece surgir del encuentro de, por lo menos, tres series discursivas: (a) la emergencia de la microbiología y su relación (no necesariamente de oposición) con el higienismo y con las explicaciones aeristas; (b) la generalización de la estadística como recurso capaz de poner en evidencia la relación entre las desigualdades sociales y las diferencias en la mortalidad de la población; (c) la preocupación sanitaria y jurídica de controlar y moralizar las conductas de los sectores menos privilegiados de la población, o, dicho de otro modo, la persistencia de la antigua asociación entre condiciones físicas y condiciones morales.

La emergencia de la microbiología

Cuando hablamos de la reorganización urbana de Buenos Aires y Río de Janeiro, no podemos dejar de hacer referencia a la reforma urbana que fue conducida en París por el Barón Haussmann. Todo indica que la destrucción de barrios insalubres o “*islas de insalubridad*” ocurre en Latinoamérica según el modelo de la reorganización urbana de París, dirigida por el Barón Haussmann (Benchimol, 1990:193). Es verdad que, en relación a la transformación urbana de Río de Janeiro, Maria Pace Chiavari afirma que: “*a comparação com a Paris de Haussmann se torna ou óbvia ou extremadamente superficial*” (Chiavari, 1985:590). Sin embargo, cuando hablamos de proximidad nos referimos a los desplazamientos urbanos entonces estimulados y a la creación de una periferia eminentemente proletarizada. Como afirma Bourdelais en el caso concreto de París: “*la destrucción de los barrios insalubres, en los cuales vivía la población más pobre, los obligaba a alejarse hacia otros barrios insalubres pero en la periferia o el suburbio*” (Bourdelais, 1988:35). Recordemos que el proceso de “haussmanización” que transformó completa y radicalmente la urbanización de París estaba articulado en torno a la creación de numerosos y ricos boulevares. “*Los mismos boulevares que transforman la vida urbana, creando espacios públicos, deliberadamente excluyen a los pobres fuera de la nueva ciudad, fuera de la mirada de los burgueses*” (Jordan, 1995:354). Este proceso no implicaba ni supresión, ni desaparición, ni mejoramiento de las condiciones de los más pobres, sino simplemente “desplazamiento”.

Vemos reproducir este mismo esquema en Río de Janeiro y Buenos Aires, con las reformas urbanas de Pereira Passos y del intendente Alvear. Se realizaron entonces un conjunto de obras tendientes a sanear y “embellecer” la ciudad. Tal como ocurriera en París, se construyeron grandes avenidas y edificios suntuosos. Entonces, “*por primera vez centenas de edificios fueron rápida e implacablemente demolidos, dejando a la intemperie a millares de personas – trabajadores y gente pobre*” (Benchimol, 1990:316).

Este proceso, que ocurrió en Buenos Aires entre 1883 y 1887 bajo la intendencia de Alvear, se reiterará unos pocos años más tarde, en 1903, con el plan de reforma urbana de Río de Janeiro del prefecto Pereira Passos. En el primer caso, siguiendo el modelo Haussmaniano de una avenida central, la urbanización se hará en torno a la Avenida de Mayo; en el segundo caso, se hará en torno a la Avenida Central. La preocupación por dar una imagen parisina a sus capitales era un sueño común a Argentina y Brasil (Chiavari, 1985). Es importante destacar que la rivalidad entre Argentina y Brasil, en particular entre Río y Buenos Aires, es anterior a este momento, sin embargo, en la primera década del siglo XX, esta rivalidad adquiere un nuevo perfil que se evidencia en la lectura de las Actas de los primeros Congresos Latinoamericanos de Medicina. Entonces, Buenos Aires aparece como modelo de ciudad europea y saneada a los ojos de los brasileños, finalmente “liberada del estigma de ciudad apestada”. Como afirma Chiavari (1985:581), “*nunca Buenos Aires foi tão na moda e tão elogiada no Brasil como durante a renovação do Rio de Janeiro. A propaganda organizada pela imprensa carioca a fim de apoiar esse programa e convencer a população deu grande ênfase à “moderna” Buenos Aires*”.

Un análisis comparativo de la reorganización urbana de estas dos ciudades nos puede auxiliar a evidenciar la continuidad antes referida entre el higienismo clásico y el higienismo post pasteuriano. Es que, en el caso de Buenos Aires, la reforma urbana estará vinculada a criterios derivados del higienismo clásico defendido por los sanitaristas Rawson y Wilde. Ambos suscribían a las tesis miasmáticas y defendían la necesidad de transformar el paisaje urbano, fundamentalmente a partir de intervenciones en las viviendas populares colectivas, para preservar a todos los habitantes de Buenos Aires de los riesgos representados por los gases deletéreos y los vapores nocivos. Años más tarde, la reforma urbana de Río de Janeiro, realizada durante la presidencia de Rodrigues

Alves, se inscribe en otro horizonte teórico. Entonces es Oswaldo Cruz quien, tomando como base los recientes descubrimientos de la microbiología y de la bacteriología, se encuentra al frente de la Secretaría de Salud. A partir de ese momento, las viejas teorías miasmáticas serán pensadas como residuos de un pasado en el que la magia podía haber tenido algún lugar en el control sanitario. Es verdad que la reorganización urbana de Pereira Passos no responde al mismo espíritu que más tarde animará a las intervenciones militarizadas que caracterizan a las campañas sanitarias de Oswaldo Cruz contra la peste o la fiebre amarilla; sin embargo, las propuestas de Pereira Passos y la política sanitaria de Oswaldo Cruz se encuentran en un punto: el encuadramiento, la vigilancia y la transformación de las habitaciones populares.

La estadística como recurso para evidenciar el vínculo entre mortalidad y desigualdad

Poco a poco, la medicina del medio pasó a ocuparse de una nueva figura: “los desheredados de las fábricas”, las clases pobres, que pasaron a ser visualizadas como médicamente peligrosas. Proteger a la sociedad contra esa amenaza exigía conocer sus condiciones de vida y, más importante aún, las condiciones de sus muertes. La estadística aparecía, tanto en Europa como en América Latina, como el mejor instrumento para conocer esa realidad. Así, para el higienista argentino Guillermo Rawson (1891:123), *“quienes hayan tenido oportunidad de observar la vida que se pasa en esas habitaciones malsanas que venimos estudiando podrán comprender que, de la alta cifra de defunciones, una mortalidad de 34 por mil procedían de las casas de inquilinato”*.

El uso de estadísticas y tablas comparadas de mortalidad entre ricos y pobres permitió una comprensión del estado sanitario de las diferentes clases sociales y evidenció la necesidad de modificar esas desigualdades. La higiene se apoyaba sobre una matematización de la sociología empírica. Colectar los hechos, seriar los casos, establecer correlaciones entre variables pertinentes, medir la incidencia de la edad, del sexo, de la profesión, del domicilio, de la alimentación era designar una semiología de la salud y del mal biológico (Leonnard, 1993). Esos datos y estadísticas permitieron la realización de un cierto número de reformas tales como la legislación que limitaba el trabajo infantil o las leyes de saneamiento y reforma urbana. Desde su inicio la higiene surgió de un conflicto: por un lado, respondía a la necesidad

de mostrar, de poner en evidencia las inequidades sociales; por otro, parecía no poder evitar transformar esos datos en indicadores de comportamientos que debían ser vigilados y modificados.

Así, en el año 1907, la correlación evidenciada por las estadísticas entre pobreza e incidencia de tuberculosis pudo llevar a los higienistas brasileños a defender la necesidad de edificar viviendas populares que cumplieran con los requisitos higiénicos de aireación y privacidad, pero pudo llevar también a afirmar la necesidad de crear estrategias de vigilancia generalizada. *“A vigilância exercida pelo dispensário estende-se, desde o princípio do corrente ano, também aos enfermos pobres que se hospitalizam no nosocômio Santa Casa de Misericórdia, no Hospital Samaritano, na Maternidade, etc. (...) De maneira que se pode afirmar que a grande maioria dos alojamentos dos tuberculosos necessitados se acham sob nossas vistas, sob nossa guarda e superintendência higiênica”* (Ferreira, 1907:131).

En Argentina, aún cuando a partir de Rawson ya existieron algunos intentos de utilizar los registros de mortalidad, sólo fue con Emilio Coni, a inicios del siglo XX, que se instituyeron estudios estadísticos de valor explicativo. En el II Congreso Latinoamericano de 1904, fue presentado un completo y útil estudio sobre las estadísticas demográficas sanitarias comparadas de las cinco capitales latinoamericanas: Buenos Aires, Río de Janeiro, Santiago, Montevideo y Lima. Pero Coni realizó también estudios estadísticos sobre alienación mental y su vinculación con el alcoholismo que lo llevaron a defender la “fundación de asilos de templanza”, esto es, casas de secuestro o encierro de alcohólicos. Esta tesis, duramente criticada por higienistas franceses, fue defendida por Coni en estos términos: *“la secuestración de un alcohólico no implica, a mi juicio, un ataque a la libertad individual. Todo el mundo sabe que un ebrio constituye un peligro para la moralidad y la seguridad. La estadística muestra que gran número de crímenes son cometidos por influencia del alcohol y en consecuencia las autoridades procederían con razón aislando esos elementos perniciosos”* (Coni, 1918:547).

La persistencia de la antigua asociación entre condiciones físicas y condiciones morales

La figura del Visitador a domicilio parece ser un elemento clave para garantizar la eficacia de las estrategias de asistencia – moralización.

Todo un ejército de visitadores estaba encargado de controlar los desvíos, realizando una vigilancia minuciosa acompañada de consejos más o menos obvios y difícilmente aplicables. Con la finalidad de evitar que los recursos destinados a la caridad fueran desperdiciados, el visitador brasileño debía cumplir la misión de *“ver por si mesmo as condições que levaram à agravação ou que presidiram à explosão da moléstia e poderá sugerir modificações que operem uma melhora das condições. Além disso, o visitador poderá descobrir a necessidade imperiosa de um exame cuidadoso para outro membro da família”* (Ferreira, 1907:111). La cuestión de los visitadores domiciliarios, repartidos por cuadras, era considerada como soporte indispensable para garantizar las políticas de redistribución urbana y de exclusión de los alojamientos insalubres. Ellos debían verificar de cerca las condiciones de salubridad de esos alojamientos, decir cuales podían ser reformados y cuales debían ser destruidos. Los Anales del Congreso Médico Latinoamericano de 1907 evidencian la proximidad existente entre Brasil, Argentina y Francia en lo que se refiere al papel desempeñado por los visitadores domiciliarios en el control de las epidemias. Como afirma Bourdelais (1988:34), *“la nueva distribución en el espacio estaba acompañada de ensayos de verificación de las condiciones de salubridad de las viviendas que han podido ser percibidas como una tentativa de imponer un control suplementario a las clases populares. Esta tendencia se afirma por la organización de las visitas”*. Esas visitas son efectuadas por médicos y comisarios de salubridad, ellos deben ocuparse de los barrios y casas sospechosas e imponer medidas urgentes de higiene. Más tarde, estas visitas tendrán una función preventiva, lo que refuerza y extiende aún más las posibilidades de control.

La preocupación con la organización de la ciudad y con el problema de la vivienda popular no era nueva, existieron proyectos diversos tendientes a solucionar el problema “sanitario y moral” creado por aquello que se consideraba como “focos de insalubridad”. En Brasil, hacia 1870, después de la epidemia de fiebre amarilla, ya se había planteado la necesidad de excluir los barrios insalubres del centro de la ciudad. Se insistía en la necesidad de sacar a los habitantes de los “cortiços” y diseminarlos, separarlos, “alejarlos”. Sin embargo, en ese momento pudo anticiparse una objeción que la reforma de Pereira Passos considerará, años más tarde, como irrelevante: destruir las viviendas precarias, *“sería por cierto una preocupación de suma utilidad, pero para donde llevar a las 20.000 personas que en ellas habitan? Quien las*

sustentaría, quien las cuidaría para que no huyeran para volver a los focos de infección? ¿Dónde encontrar las habitaciones para acomodar a toda esa gente?” (Pereira-Rago, 1873, *apud* Benchimol, 1990:138).

Evidentemente, pocos años después de instaurada la reforma urbana, esa misma preocupación volverá a reaparecer. En el III Congreso Latinoamericano, específicamente en la Cuarta Sección, dedicada a la lucha contra la tuberculosis, los temas de la vivienda popular y de las islas de insalubridad fueron reiteradamente apuntados tanto por los representantes brasileños cuanto por los representantes argentinos. En 1907, Azevedo Lima, presidente de la Liga contra la Tuberculosis, afirmaba: *“com a derrubada de milhares de prédios para saneamento da cidade, as classes proletárias têm sido forçadas a crearem habitações coletivas nas piores condições de habitabilidade”* (Azevedo-Lima, 1907:40).

Exactamente este mismo esquema se reiteró en Argentina. La ciudad de Buenos Aires, que era pensada entonces como modelo de ciudad higiénica y saneada y que aparecía ante Río de Janeiro como *“su gran rival, definitivamente expurgada de la mala fama de ciudad apestanda”* (Benchimol, 1990:138), no había conseguido aún liberarse del problema de los conventillos. Emilio Coni, presidente del III Congreso Médico Latinoamericano y delegado por Argentina, consideraba que el saneamiento sería completo cuando todos los habitantes pudieran gozar del aire y de la luz a la que tenían derecho, y siguiendo el modelo francés dirá que *“a la habitación salubre se liga íntimamente el registro o casillero sanitario de la habitación, que Francia ha sido la primera en implementar bajo el nombre de casier sanitaire de la habitation”* (Coni, 1907:13).

Los visitadores domiciliarios contribuyeron, con sus informaciones a llevar ese registro de la insalubridad. *“Por la mediación de entrevistas se intentaban detectar los peligrosos portadores de gérmenes, en cuanto esto ocurría, un asistente social (o enfermera) reeducaba a la población con consejos morales e higiénicos. Ambos instrumentos demostraban que el espacio era visto como una unidad sanitaria donde el fantasma del contagio estaba presente casi cotidianamente”* (Armus, 1995:82). Esto exigía la creación de una comisión de alojamientos insalubres capaz de evaluar donde debían ser operadas reformas o demoliciones. El foco de la atención estaba en la vivienda colectiva del centro de la ciudad, por eso que uno de los objetivos centrales sería estimular *“la descentrifugación de los habitantes de las ciudades por el*

establecimiento de los tranvías eléctricos considerados como elemento de progreso e higiene" (Armus, 1995:82).

Entre miasmas y microbios

Es preciso señalar que el higienismo argentino desde hacía tiempo había centrado sus preocupaciones en los conventillos (o habitaciones colectivas), espacios que consideraba como focos de pestilencia. Al igual que en Brasil, la epidemia de fiebre amarilla ocurrida en Buenos Aires en 1871 había transformado radicalmente la percepción de los barrios populares. Para los higienistas argentinos Guillermo Rawson y Eduardo Wilde, los conventillos parecían concentrar todos los temores de la época. Rawson escribió, en 1885, el primer estudio sobre las casas de inquilinato en Argentina donde insistía en la necesidad de pensar a estas viviendas como un verdadero peligro sanitario para los ricos. Rawson repetía, una vez más, la vieja asociación, reiterada por los higienistas clásicos, entre clases pobres y clases peligrosas: *"de aquellas fétidas pocilgas cuyo aire jamás se renueva y en cuyo ambiente se cultivan los gérmenes de las más terribles enfermedades, salen esas emanaciones, se incorporan a la atmósfera circunvecina y son conducidas por ella, tal vez, hasta los lujosos palacios de los ricos"* (Rawson, 1885, *apud* Paes, 1970:16).

Para los primeros higienistas, ese miedo al contagio se confundía con la propagación de los miasmas y del aire mefítico. Para Wilde (1885), por ejemplo, era *"evidente que cuanto menos aseada sea una ciudad, cuanto más depósitos de materias putrescibles contenga, tanto menos higiénico será el suelo, y por lo tanto, menos puro el aire que se encontrará cargado de gases y de vapores dañinos. ¿Cómo resolver? No exponiendo al aire materias orgánicas o minerales que, bajo la acción del calor y de la humedad puedan dar lugar al desprendimiento de gases extraños a la atmósfera"* (Wilde, 1885:50). Este catedrático, titular de Higiene y Medicina Legal de la Facultad de Ciencias Médicas de la entonces llamada Universidad de la Capital, articuló su "Curso de Higiene Pública", de 1885, a partir de teorías infeccionistas vinculadas con las antiguas tesis de la generación espontánea. Wilde, como un exponente tardío del infeccionismo estudiado por Ackerknecht (1982), aún se refería al peligro representado por los miasmas y criticaba duramente la aplicación de cuarentenas. Su preocupación estaba centrada en la ciudad y en los focos de pestilencia representados por mataderos y conventillos.

Tal parece que esta preocupación por los barrios populares era, al menos en Brasil y Argentina, independiente del modo como se pensaba la etiología de las enfermedades. Desde Wilde (1885) hasta Coni (1907), las preocupaciones con el conventillo y las estrategias de higienización pudieron reiterarse sea por referencia a los miasmas o a los microbios. En diversas ocasiones estos discursos pudieron superponerse y confundirse.

En el higienismo de inicios de siglo XX pudieron convivir medidas más o menos eficaces como la distribución de vacunas, el control del agua y de las cloacas, las obras de saneamiento básico, la desaparición de pantanos, con medidas coercitivas, menos eficaces pero no menos utilizadas. *"En ese marco, las inspecciones violentas, los "desalojos", la destrucción de muebles y viviendas, convivían con la obligación de presentar certificado de vacuna, e con la aparición de los primeros carteles educativos de publicidad"* (Armus, 1995:89).

Pero, si pobreza y enfermedad debían ser pensadas como inseparables, entonces, la clase obrera se constituía como una clase peligrosa en tres sentidos: por el riesgo de disminución de la productividad asociado a las enfermedades y a las debilidades morales; por la amenaza permanente a la salud de la colectividad (contagio e insurrección); por la amenaza a la fuerza del Estado al comprometer las generaciones futuras por los efectos del alcohol y de las enfermedades (Ocaña, 1992). Será tarea de los higienistas, normalizar y moralizar esa población.

Como ya fue mencionado, no es posible desconocer la existencia de un conjunto de medidas sanitarias operativas, adoptadas por los higienistas pre y post pasteurianos, paralelas al control de las conductas y de los hábitos del mundo de la pobreza. Pero el conflicto existente entre esos dos espacios parece ser uno de los problemas constitutivos de la salud pública que, aún hoy, muchos países no consiguen resolver. *"La inspección de viviendas populares privadas versus la salud pública planteaba la cuestión de los derechos individuales y de la propiedad privada versus el derecho del Estado de intervenir en nombre de la salud colectiva. Este problema de conflictos de intereses entre privacidad y salud pública continúa sin resolverse durante todo el siglo XIX"* (La Bergue, 1990:323).

Quizás, el análisis de esas estrategias nos permita comprender el modo como los higienistas de fin del siglo XIX e inicios del siglo XX se posicionaron frente al problema de la pobreza. Muchas veces se intentó resumir esta compleja relación en una frase de Virchow (1859, *apud* Hacking, 1995:270): *"los médicos son los*

protectores naturales de los pobres". Esta frase ambigua resume las contradicciones entre una preocupación por las desigualdades sociales, y una extraña exaltación de actitudes paternalistas que, como sabemos, conducen casi inevitablemente a multiplicar controles y reducir libertades. Y es el propio Virchow quien reconoce este riesgo, cuando afirma: "como en la vida de las naciones, también en la vida de los individuos el estado de salud del todo está determinado por el bienestar y por la estrecha interrelación de las partes; la enfermedad aparece cuando los miembros individuales comienzan a caer en un estado de inactividad peligrosa para la nación o a llevar existencias parasitarias a expensas del todo" (Virchow, 1859, apud Hacking, 1995:272). Entonces los médicos higienistas se erigieron en guías de la sociedad; creyeron poder conocer, mejor que los propios individuos, como ellos deberían actuar, comportarse y pensar. Como afirmaba Wilde (1885:8): "la higiene pública es la higiene de los pobres. El pobre reclama el amparo de un poder que se ocupe de él, que haga las veces de protector para con él, que haga lo que hace un padre con su propia familia, con sus hijos destituidos de vigor y de medios".

Independientemente de la disputa relativa al peso de las medidas sanitarias en el descenso de la mortalidad, parece innegable que los resultados favorables conseguidos por los nuevos higienistas se debieron, muchas veces, a la reiteración de medidas propias del higienismo clásico. Como afirman Murard & Zylberman (1996), aún careciendo de bases "serias", los higienistas podían enorgullecerse de haber conseguido buenos resultados por una simple razón: las medidas por ellos propuestas tendían, sin saberlo, a actuar sobre las cadenas de transmisión. "Por infundada que parezca esta teoría, ese programa prueba abundantemente su pertinencia frente a las enfermedades que circulan por la vía fecal-oral, como cólera, disentería y fiebre tifoidea, cuya disminución precipitan notablemente" (Murard & Zylberman, 1996:91).

Antes de Pasteur, la higiene podía hacer derivar conductas y comportamientos morales de argumentos aeristas: "por ejemplo que los habitantes de las montañas, a fuerza de vivir en un medio salubre, terminan por adquirir salud moral y vigor físico, una y otra inseparables en

la época en que se insiste en reforzar la relación entre lo físico y lo moral" (Dagognet, 1998:129).

Después de Pasteur, muchas veces sus contemporáneos han simplificado y desnaturalizado sus investigaciones, dotándolas de una generalidad que no poseían, pero que era compatible con las premisas higienistas clásicas: "se han deslizado de la legítima preocupación científica por la completa esterilización y por la estrecha vigilancia de los mínimos gestos o instrumentos puestos en acto en el laboratorio, hacia el temor generalizado a las "suciedades" invisibles y desconocidas. Se ha transpuesto al universo cotidiano lo que solo valía para el artificio de una verificación. Se ha creado una neurosis colectiva de la contaminación" (Dagognet, 1998:158).

Son varias las exposiciones presentadas en III Congreso Médico Latinoamericano de 1907 con un idioma propio de inicios del siglo XIX, pero que se reconocen, al mismo tiempo, como aliadas a las conquistas de la microbiología: era el mefitismo, el aire viciado, el gas carbónico quienes deberían ser atacados, pero también las bacterias y los microbios. Se decía que, para que los microbios pudieran proliferar, era necesario que existieran determinadas condiciones en el medio que se encontraban reunidas en un espacio físico: el conventillo, considerado como sinónimo de "proliferación de gérmenes" y como un espacio donde se evidenciaba, recuperando la antigua asociación entre lo físico y lo moral, "el agotamiento de la salud física y moral de sus habitantes" (Ferreira, 1907:138).

Al hablar de vivienda popular colectiva, de islas de insalubridad y de las enfermedades o epidemias a ellas vinculadas, los discursos miasmáticos y contagionistas parecen poder convivir sin dificultad. A partir del momento en que el terror a los microbios se generaliza, cuando se difunde eso que Dagognet llama de "neurosis colectiva de la contaminación", de "fobia a los contactos, a los aires patógenos y a los medios urbanos infectados", el discurso microbiológico puede resultar un excelente aliado que permite legitimar y reproducir tanto los viejos temores y miedos asociados a la vivienda popular como las antiguas estrategias operativas propias del higienismo clásico referidas a los conventillos, tugurios o "cortiços".

Referencias

- ACKERKNECHT, H. E., 1982. *A Short History of Medicine*. Baltimore/London: Johns Hopkins University Press.
- ARMUS, D. (org.), 1995. *Huelgas, Hábitat y Salud*. Buenos Aires: Sudamericana.
- AZEVEDO-LIMA, J. J., 1907. Brasil: Rio de Janeiro. In: Tercer Congreso Médico Latinoamericano, *Anales*, pp. 38-41. Montevideo: Prensa Nacional.
- BENCHIMOL, J. L., 1990. *Pereira Passos: Um Haussmann Tropical*. Rio de Janeiro: Biblioteca Carioca.
- BOURDELAIS, P., 1988. *Peurs et Terreurs face à la Contamination*. Paris: Fayard.
- CARVAIS, R., 1986. La maladie, la loi et les moeurs. In: *Pasteur et la Révolution Pastorienne* (C. Salomon-Bayet, ed.), pp. 279-334, Paris: Payot.
- COLEMAN, W., 1982. *Death Is a Social Disease. Public Health and Political Economy in Early Industrial France*. Madison: University of Wisconsin Press.
- CONI, E., 1907. Estado actual de la lucha antituberculosa en América Latina. In: Tercer Congreso Médico Latinoamericano, *Anales*, pp. 6-14. Montevideo: Prensa Nacional.
- CONI, E., 1918. *Memorias de un Médico Higienista*. Buenos Aires: Biblioteca Médica.
- CHIAVARI, M., 1985. As transformações urbanas do século XIX. In: *O Rio de Janeiro de Pereira Passos. Uma Cidade em Questão* (G. R. Brenna, org.), pp. 569-593, Rio de Janeiro: Index.
- COSTA, N., 1984. A questão sanitária e a cidade. In: Seminário: Rio Republicano, *Anais*, pp. 1-43. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Históricos, Fundação Casa de Rui Barbosa.
- DAGOGNET, F., 1998. *Savoir et Pouvoir en Médecine*. Paris: Institut Synthélabo.
- FAURE, O., 1993. *Les Français et leur Médecine au XIX Siècle*. Paris: Belin.
- FERREIRA, C., 1907. Os dispensários antituberculosos especialmente no Brasil. In: Tercer Congreso Médico Latinoamericano, *Anales*, pp. 95-141. Montevideo: Prensa Nacional.
- HACKING, I., 1995. *La Domesticación del Azar*. Barcelona: Gedisa.
- JORDAN, D., 1995. *Transforming Paris: The Life and Labors of Baron Haussmann*. New York: Free Press.
- LA BERGE, A., 1992. *Mission and Method*. Cambridge: Cambridge University Press
- LAVOISIER, E., 1923. *Mémoires. L'Air et l'Eau*. Paris: Librairie Armand Colin.
- LÉONARD, J., 1992. *Médecins, Malades et Société*. Paris: Sciences en Situation.
- MURARD, L. & ZYLBERMAN, P., 1996. *L'Hygiène dans la République*. Paris: Fayard.
- OCAÑA, E. R., 1992. *Por la Salud de las Naciones. Higiene, Microbiología y Medicina Social*. Historia de la Ciencia y de la Técnica 45. Madrid: Akal.
- PÁEZ, J., 1970. *El Conventillo*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- RAWSON, G., 1891. Casa de inquilinato. In: *Escritos y Discursos del Dr. Rawson* (A. T. Martinez, org.), pp. 108-150, Buenos Aires: Imprenta y Librería Mayo.
- SALOMON-BAYET, C. (org.), 1986. *Pasteur et la Révolution Pastorienne*. Paris: Payot.
- STEPAN, N., 1996. *The Hour of Eugenics*. London: Cornell University Press.
- VILLERMÉ, L., 1840. *Tableau de l'État Physique et Moral des Ouvriers*. Paris: J. Renouard.
- WILDE, E., 1885. *Curso de Higiene Pública*. Buenos Aires: Imprenta y Librería Mayo.

Recibido el 26 de septiembre de 2001

Versión final presentada el 12 de marzo de 2002

Aprobado el 10 de mayo de 2002