

Vol 4, No. 8 / julio - diciembre de 2012 / ISSN: 2145-132X

# HiSTOReLo

REVISTA DE HISTORIA REGIONAL Y LOCAL

## La aparición del cólera en Buenos Aires (Argentina), 1865-1996

*The Appearance of Cholera  
in Buenos Aires, Argentina, 1865-1996*

**Adriana Carlina Álvarez Cardozo**

Universidad Nacional del Mar del Plata, Argentina

Recepción: 28 de septiembre de 2012

Aceptación: 16 de noviembre de 2012

Páginas 172 - 208

i

# La aparición del cólera en Buenos Aires (Argentina), 1865-1996

*The Appearance of Cholera in Buenos Aires, Argentina, 1865-1996*

**Adriana Carlina Álvarez Cardozo\***

## Resumen

---

El objetivo de este artículo es repensar los episodios coléricos ocurridos en el Buenos Aires (Argentina) entre fines del siglo XIX y postrimerías del XX. El autor tiene en cuenta las particularidades de la infraestructura sanitaria porteña, que fue desplegada entre los años setenta (siglo XIX), una vez finalizada la primera epidemia, y el período del noventa (siglo XX). Explica las razones por las cuales el cólera se expandió de manera diferente a lo que lo se evidencia en otras ciudades del interior del país como Córdoba, Salta, entre otras; de tal modo que trabaja un aspecto poco atendido hasta ahora por los historiadores, como son las diferencias entre las epidemias de “foco” y las “extendidas”. Entendiendo, que tanto en una centuria como en otra la falta de infraestructura fueron causantes del cólera, y que hubo tendencia a ocultar el verdadero estado de esta situación.

---

\* Doctora y Magister en Historia con énfasis en Historia de las Enfermedades y Políticas sanitarias. Se desempeña como Profesora Investigadora en la Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina; y es Investigadora registrada en Conicet. El presente artículo es resultado del proyecto “Instituciones sanitarias y actores sociales en Argentina, fines del siglo XIX principios del XX”, adscrito al Programa de Historia Social Argentina. Correo electrónico: [acalvarmdp@gmail.com](mailto:acalvarmdp@gmail.com)

Palabras clave: cólera, epidemia, inmigración, intercambio, Buenos Aires, Argentina.

## Abstrac

---

*The aim of this article is to rethink the choleraic episodes that took place in Buenos Aires (Argentina) between late 19<sup>th</sup> century and last years of the 20<sup>th</sup> century. The author takes into account the particularities of the Buenos Aires health infrastructure, which was deployed between the seventies (19<sup>th</sup> century) after the first epidemic, and the period of the nineties (20<sup>th</sup> century). She explains the reasons why cholera spread differently to what is evident in other cities in the interior of the country like Córdoba, Salta, among others; in such a way that it deals an aspect that has been little taken into account until now by historians, such as differences between epidemics of “focus” and the “extended”. Understanding, that in a century and another, the lack of infrastructure were causes of the cholera, and that there was a tendency to hide the true state of this situation.*

**Keywords:** cholera, epidemic, immigration, exchange, Buenos Aires, Argentina.

## Introducción

---

Este trabajo pretende dar respuesta a una necesidad cada vez más acentuada en nuestra historiografía: la de estudiar ciertas problemáticas pretéritas con una relevancia que, en términos contemporáneos, las convierten en temáticas centrales. Las epidemias de cólera ocupan en ese escenario un lugar de privilegio, debido a que a finales del siglo XX —como ocurriera en las postrimerías del XIX— hicieron su reaparición en América Latina. En Argentina, durante los primeros cinco meses de 1996, el cólera ocasionó un total de 422 casos y 5 defunciones, cifras que se incrementaron en los años posteriores. De allí, entonces, que este trabajo tiene como finalidad repensar los episodios “coléricos” ocurridos en la Buenos Aires decimonónica, con la finalidad de identificar similitudes y diferencias con casos recientes.

El objetivo de este artículo es observar las medidas aplicadas en la infraestructura sanitaria porteña. A partir de ello, se explican las razones por las cuales el cólera en la capital de la República se expandió de manera diferente a como ocurrió en otras ciudades portuarias como Rosario, e inclusive en otras del interior del país. El enfoque se orienta a un aspecto poco atendido por los historiadores, como son las diferencias entre las epidemias de “foco” y las “extendidas”. Dejando de lado en esta presentación otros aspectos como son los referidos a la impronta bacteriológica, la incorporación y adaptación de las ideas de R. Koch en el escenario médico porteño, temática que ameritaría un análisis específico.

La metodología utilizada para este trabajo consistió en la revisión de fuentes primarias, provenientes del Archivo General de la Nación (AGN) como fueron los legajos del Ministerio del Interior (los correspondientes al Departamento de Obras Publicas) y las Memorias de la Intendencia de Buenos Aires. En la Biblioteca y Archivo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (AFMUBA), se realizó, además, una revisión exhaustiva de fuentes primarias tales como los Anales del Departamento Nacional de Higiene, los Diarios de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Nación y de Revistas Médicas especializadas. Lo que fue complementado con la lectura de diarios y Censos en la Biblioteca Nacional (BN).

## La ciudad en los tiempos del cólera

La ciudad de Buenos Aires, al finalizar los años ochenta del siglo XIX había experimentado un importante crecimiento y una concentración de la población en la zona urbana. A diferencia de otros procesos, como el europeo, ello no fue acompañado por una expansión de la actividad industrial que justificara tal distribución, sino que fueron la inmigración europea y la actividad comercial concentrada en el puerto de Buenos Aires, las que motorizaron el paso de la “gran aldea” a la “ciudad metropolitana”, convirtiéndola en una de las más importantes urbes de América del Sur.

Las complicaciones se debieron a que la población se multiplicó aceleradamente. En 1869 el primer censo nacional indica que Argentina tenía 1.736.490 habitantes, en 1895 el segundo censo registró 3.956.060, y el tercero alcanzó la cifra de 7.885.237 pobladores en 1914. La causa fundamental de ese crecimiento fue la entrada masiva de inmigrantes extranjeros.<sup>1</sup> La población nativa representaba el 48%.

Vinculado a este fenómeno demográfico y al intercambio de mercancías, se evidencian las llamadas “enfermedades exóticas”, entre ellas el cólera. La mayor cantidad del intercambio se producía con Europa Occidental, región en la que desde 1830 asolaba el cólera en forma epidémica, y desde donde se difundió hacia Argentina y otros países como Brasil y Paraguay. Los barcos fueron la principal vía de traslado de la enfermedad. Buenos Aires fue una de las zonas más afectada por las primeras epidemias. En 1867 se registraron más de 5.000 casos coléricos en una población que no alcanzaba las 180.000 personas.<sup>2</sup> La enfermedad, al igual que la fiebre amarilla, existía en Brasil, país con el cual Argentina tenía una estrecha vinculación comercial. Los navíos que entraban por el puerto de Buenos Aires

1. Los censos consultados fueron en Biblioteca Nacional (en adelante BN), Argentina, Diego J. de la Fuente, Superintendente del Censo. 1872. *Primer Censo de la República Argentina verificado en los días 15, 16 y 17 de 1869*. Buenos Aires: Imprenta el Porvenir; Argentina, Comisión Directiva, Diego G. de la Fuente, Presidente. 1898. *Segundo Censo de la República Argentina. Mayo 10 de 1895. Tomos 1-3*. Buenos Aires: Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional; Argentina, Comisión Nacional, Alberto B. Martínez, Director. 1916. *Tercer Censo Nacional. Levantado el 1º de Junio de 1914. Tomos 1-X*. Buenos Aires: Talleres Gráficos de Rosso y Cía.

2. Sobre la epidemia de 1871 consultar: Wilde 1923, Bucich 1932 y Ruiz 1949.

eran numerosos, por lo tanto las posibilidades de adquirirlas se acrecentaban con el comercio o el arribo de barcos con pasajeros.

En ese proceso de expansión demográfica y económica, las epidemias fueron la contracara de una misma realidad.

### *Arribo del cólera epidémico*

En la década del sesenta del siglo XIX, Buenos Aires se reincorporaba a la Nación y se convertía en la sede de las autoridades de una Argentina unificada. Luego de la batalla de Pavón (1861), la ciudad conoció un crecimiento sostenido impulsado tanto por las actividades portuarias como por la pujanza de la región pampeana. En 1869, la ciudad había duplicado su cantidad de población respecto de 1855, tenía 177.787 habitantes. Ese escenario urbano ya contaba con el ferrocarril del Oeste (1857), que iba a Floresta, al que se sumó en los años sesenta el tranvía a caballo. Entretanto, los bancos se multiplicaban y el teatro Colón (1857) era epicentro de galas musicales. Sin embargo, paralelamente a ese florecimiento, se experimentaban problemas en el saneamiento urbano, las calles eran inundables y [...] Los pantanos se tapaban [...] con las basuras. Estos depósitos de inmundicias, estos verdaderos focos de infección, producían, especialmente en verano, un olor insoportable y atraían millares de moscas que invadían a todas horas las casas inmediatas [...] (Wilde 1881, 12).

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

En 1895, Emilio Coni, en el folleto “El saneamiento de Buenos Aires”, consideraba:

[...] Buenos Aires, la ciudad de los “buenos aires”, como la bautizaron sus fundadores, se convirtió en un lugar malsano, donde las enfermedades contagiosas habían adquirido derecho de ciudadanía [luego agrega que] La ciudad ha estado desprovista hasta ahora de un sistema de evacuación de inmundicias y la distribución del agua ha sido absolutamente insuficiente a las necesidades de su población [...] (Coni 1895, 3).

En este escenario tan polifacético, donde la iluminación a gas los acercaba a la “modernidad” europea, fueron las pestes producidas por la falta de higiene urbana y de aguas corrientes las que situaron a las cuestiones higiénicas en el centro de atención de la opinión pública, e impactaron tanto en el ambiente médico como en el gubernamental (González 1999, 66).

Una primera consecuencia se dio en 1869, —finalizada la epidemia “colérica” desatada entre 1867 y 1868—, cuando con el afán de purificar el agua destinada al consumo de la población, el Gobernador Adolfo Alsina colocó 20.000 metros de caños, que se convirtieron en el primer tramo de aguas corrientes de este núcleo urbano, con filtros en la Recoleta y un depósito de agua en Plaza Lorea.<sup>3</sup>

Pero la epidemia del 67 generó, además de las medidas de infraestructura urbana mencionadas, disposiciones de orden clínico. El aislamiento se convirtió en el principal medio preventivo y cobró un protagonismo central en la opinión pública. Los mensajes y recomendaciones vertidas por los médicos porteños se centraron en el blanqueo de las viviendas, la limpieza y la desinfección de las letrinas. Para entonces, algunos facultativos entendían que la cuestión higiénica se enfrentaba con superficialidad; de hecho, en 1867 el cólera ocasionó en la ciudad de Buenos Aires un total de 1.653 defunciones, lo que le hizo suponer a Besio Moreno que el número de atacados debió alcanzar cerca de 5.000, poco más del tres por ciento de la población. En 1868 retornó, pero no causó un número tan grande de víctimas como el año anterior.<sup>4</sup>

Medidas aislacionistas convivían con medidas de saneamiento, las cuales si bien en el contexto porteño parecen haber sido complementarias, en realidad respondían a medidas preventivas diferentes. La de los “contagionistas”, por un lado, sostenían que la enfermedad se adquiría por el contacto con el enfermo o con sus vestidos y pertenencias y, por lo tanto, proponían soluciones tales como las cuarentenas de los buques, los lazaretos para aislar a los pacientes, la desinfección y aún la quema de las ropas y pertenencias de estos infelices, etcétera. Y, por otro, la

3. <sup>3</sup> Consultar Prestigiacomo y Uccello 2001.

4. Sobre los antecedentes previos a estos brotes coléricos léase: Telémaco 1895, 189-193.

de los “anticontagionistas”, quienes afirmaban que las condiciones atmosféricas y los vientos transmitían de un lugar a otro los “miasmas”, que en ciertas condiciones locales e individuales eran capaces de favorecer el desarrollo de la enfermedad (Recalde 1993).

Las posiciones anteriores tenían como antecedentes lo expuesto por John Snow, quien elaboró una teoría que estaba en completa disparidad con las visiones dominantes entre 1848 y 1849. Argumentaba que el cólera era simplemente una enfermedad localizada en los intestinos, y que sus síntomas se debían, por completo, a la pérdida de los líquidos corporales. Su razonamiento lo llevó a pensar que el agente causal debía entrar por la boca, se reproducía y multiplicaba en el intestino y finalmente se eliminaba por las materias fecales. Por lo tanto, argumentaba Snow, para poder transmitirse la enfermedad a grandes distancias, debía coexistir la ingestión de agua contaminada, con excretas que contuvieran el veneno específico del cólera (Snow 1855).

Por lo tanto, en Buenos Aires parecen haber convivido todas las tendencias, frente a la falta de certeza y al recrudecimiento de la dolencia; además, no hay un registro de tensiones en torno a opiniones médicas divergentes, sino más bien apelaciones a diferentes tipos de soluciones médicas, sanitarias e institucionales.

La epidemia colérica también motorizó la aparición de nuevas instituciones: se fundó el Consejo de Higiene (1869) y se organizó la Junta de Sanidad Nacional, cuyo presidente era el capitán del puerto, asesorado por dos médicos. Ese año, el presidente y el secretario del Consejo de Higiene, los doctores Luis María Drago y Leopoldo Montes de Oca, respectivamente, formularon un proyecto de Reglamento de Policía Sanitaria Marítima para la República Argentina; con el cual se apuntaba a establecer barreras preventivas, con el fin de evitar el ingreso de enfermedades o de enfermos, que como el cólera con frecuencia, tenían una procedencia marítima. En ese Reglamento se establecieron lineamientos básicos sobre las Juntas de Sanidad, como también las medidas relativas al despacho, salida, arribo y anclaje de buques, sobre las cuarentenas y los lazaretos.

El Título IV se refería a las cuarentenas. Allí, se instituía que todo buque que llegara a un puerto de la República sin patente o con patente sucia,<sup>5</sup> debía ser declarado en cuarentena, así como aquel que: “tenga [...] enfermos a bordo, casos de defunción durante el viaje, de cualquier enfermedad, carga en putrefacción o descomposición” (Art. 18).

Se impusieron dos clases de cuarentena: la de observación y la de rigor. La primera duraba tres días, de 24 horas, la cuarentena de rigor era de quince días para las personas, de veinte para el buque y de treinta para la mercadería. La cuarentena sólo podía ser purgada en un puerto que contara con lazareto. En el Artículo 42, se establecía que en caso de desobediencia la justicia debía intervenir y en el último de los casos echar el buque a pique.

El Título VII se refería al lazareto o lazaretos, constaba de 14 artículos y se creaba un lazareto en La Ensenada, que debía estar dotado de todos los accesorios, dirigido y administrado por un médico.

¿Qué alcance tuvo el reglamento formulado por los doctores Drago y Montes de Oca? Fue muy limitado; algunas Juntas nunca llegaron a constituirse y en ciertos documentos se afirma que:

[...] Todas estas disposiciones eran puramente teóricas, pues ni había lazaretos [...]. No se conocían los procedimientos de desinfección marítima, ni había personal suficiente preparado para ponerlos en práctica aunque se hubieran conocido. En este tiempo la enseñanza de la higiene pública se reducía, en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, a una o dos lecciones en la materia Médica y Terapéutica [...] Si las disposiciones que indicaba el mencionado decreto no hubieran caído en un abandono lamentable no hubiéramos tenido que llorar las víctimas numerosísimas de las tres epidemias de fiebre amarilla, de 1853, 1870-71- y las del cólera morbus [...].<sup>6</sup>

5. Eran las Juntas Sanitarias las que luego de evaluar las condiciones higiénicas de un buque, podían, en caso de ser necesario, expedir una patente sucia.

6. <sup>6</sup> Archivo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (en adelante AFMUBA), Ramos Mejía, José María 1894, 23-24: 648.

De hecho, una prueba de lo señalado es que en 1872 el cólera retornó a Buenos Aires procedente de Génova en el vapor Pó, que ya en la travesía había sufrido una epidemia de cólera con 22 decesos y, a pesar de ello, le fue permitido el arribo a puerto (Besio 1936, 151).

Los procedimientos arriba detallados, realizados en los años anteriores al descubrimiento por Roberto Koch sobre el agente productor del cólera (1883), ponen de manifiesto lo señalado por Sandra Caponi (2002, 591), con relación al hecho que los “contagionistas”, preocupados por las cuarentenas y los lazaretos, actuaban como si la existencia de los gérmenes ya estuviera comprobada. Por su parte, los “infeccionistas” no necesitaron esperar a que la microbiología produjera sus pruebas para recomendar y realizar medidas de desinfección mucho antes que el vibrión colérico o las bacterias específicas de las diferentes enfermedades, pudieran ser identificadas o siquiera imaginadas.

Estas iniciativas no sólo se implementaron fronteras adentro, sino que involucraron a países limítrofes; por ello, el 30 de julio de 1873, se llevó a cabo un convenio por cuatro años entre la República Argentina y la Banda Oriental, donde se proyectó la creación de lazaretos internacionales, con el propósito de frenar la entrada de las llamadas “enfermedades exóticas”. Argentina debía establecer un lazareto para las procedencias de Paraguay y Provincias interiores de Brasil; otro para las de los ríos con destino a Montevideo y Brasil. Mientras que Uruguay se comprometía a establecer uno para las de ultramar, en el que se visarían las patentes de las embarcaciones que se dirigieran a los puertos orientales o argentinos, de las costas de la Plata y de Uruguay. En la misma época se puso en vigencia, para ambos países, un reglamento sanitario. Concretamente con esta iniciativa Argentina dio el primer paso para establecer una legislación sanitaria internacional, que se convertiría en uno de los primeros dispositivos preventivos para el ingreso de enfermedades que, como el cólera, en estos años tenía procedencia predominantemente extranjera.

También, como parte de esta política de cooperación, para enfrentar el ingreso de estos males, el 14 de julio de 1874, se realizó la primera convención sanitaria internacional de Suramérica, en la que tomaron parte Argentina, Brasil y Uruguay.

Algunos de los aspectos que se fijaron tenían que ver, por un lado, con lo señalado en el proyecto de Montes de Oca realizado a partir de la epidemia de 1867-68; del cual sólo quedaban los principios, porque nunca se había llegado a materializar efectivamente. La diferencia es que, para entonces, en el escenario porteño se estaba experimentando un fortalecimiento de las opiniones médicas sobre cualquier otra opinión. En este sentido y tomando el proyecto al que hicimos referencia, se establecieron dos clases de patentes para los buques: la limpia y la sucia. Y se estipularon dos clases de cuarentenas: las de rigor para las procedencias infectadas y las de observación para los casos de menor importancia. Así mismo, los tres países se obligaban a construir lazaretos en sus puertos principales. La convención se estipuló por cuatro años.

De igual modo, la Ley de inmigración promulgada el 6 de octubre de 1876, contenía disposiciones tendientes a evitar la propagación de la fiebre amarilla y del cólera morbus. En 1877 se dictó el primer reglamento sobre los deberes de los guardas sanitarios, quienes eran los responsables del estado higiénico de los buques a su cargo. Por último, en enero de 1878 se aprobó el reglamento de policía para los lazaretos: éste disponía que habría en los lazaretos flotantes una autoridad militar, supervisada por la autoridad sanitaria correspondiente. Por otra parte, se establecieron reglas para el aseo e higiene de los mismos, tarifas fijas para los cuarentenarios, y servicio médico gratuito cuando el médico fuera de sanidad.

¿Qué resultados dieron estas medidas? A juzgar por las posteriores apariciones de brotes coléricos, deberíamos decir que no fueron muy exitosas, lo cual no debe ser atribuido a los lineamientos sanitarios aplicados, que a pesar de ser “prebacterianos”, no por ello fueron necesariamente equívocos. Parte de su fracaso hay que buscarlo en lo defectuoso de la aplicación de las medidas antes mencionadas, ya que para las cuarentenas, por ejemplo, se utilizaban cascos de buques viejos (Novarro 1887, 174), cuya higiene defectuosa los convertía más que en un medio de prevención y control en un foco de propagación del mal. Lo mismo ocurrió con las cuarentenas que se realizaban sobre los buques, dentro de los cuales llegaban

los inmigrantes y pasajeros a nuestras playas.<sup>7</sup> No se contaba, entonces, con un lazareto fijo en tierra; los que se habían conocido fueron provisorios y no habían cumplido con los preceptos de higiene vigentes. Tampoco la tentativa de instalar un Lazareto internacional había prosperado.

Es decir, cuando pensamos el regreso del cólera en los años ochenta del siglo XIX, como resultado del desconocimiento de las pautas que años después fueron vertidas por la teoría bacteriana, y se entiende dicho retorno como producto de un vacío de conocimiento unido a un contexto médico más bien tradicional y vacilante a la hora de aceptar las recomendaciones de las escuelas clásicas europeas, podemos perder de vista algunos aspectos que son muy sugerentes.

En relación a lo expresado, sirvan como ejemplo los dispositivos de aislamiento, higiene y control del tráfico de personas y mercancías que estaban vigentes desde los años sesenta, o más significativo aún, las iniciativas por entablar relaciones de cooperación con países limítrofes a través de las Convenciones Sanitarias. Todas ellas eran medidas que en sí mismas no se diferenciaban en demasía de las que años más tarde se impulsaron de mano de la bacteriología.

Las limitaciones sanitarias que permitieron la reaparición del cólera no fueron producto, exclusivamente, de vacíos reglamentarios o ausencia de políticas específicas, sino de las falencias en su aplicación. Estas pueden ser entendidas por las características del personal que debía impartirlas. Fue el caso de los guardas sanitarios (1877) que: “[...] no formaban un cuerpo disciplinado [eran] mal elegidos [...] sin preparación intelectual y mucho menos conocimientos especiales en la materia que iban a desempeñar [...]”.<sup>8</sup> También, otro factor a considerar fue la lentitud en concretar algunas iniciativas como la puesta en funcionamiento de los lazaretos, que facilitó la reaparición de la enfermedad años más tarde.

Durante los últimos meses del mandato del General Julio Argentino Roca (1886) se tuvo noticias de este mal. En el mes de octubre, la Asistencia Pública porteña ponía en conocimiento del recién asumido Presidente Juárez Celman, la

7. BN, Argentina, Congreso Nacional 1885, 563.

8. BN, Argentina, Congreso Nacional 1885, 653.

existencia de casos coléricos en los márgenes de la Capital de la República, situación que era negada por el Departamento Nacional de Higiene (DNH).

Estas tensiones, ponen en evidencia un bloque de problemas vinculados a competencias y jurisdicciones, donde el accionar de la máxima autoridad el DNH —creado en 1880 en reemplazo del antiguo Consejo de Higiene— era cuestionado, pues era éste el que tenía a su cargo la sanidad marítima.

De alguna manera, esa sensación de fracaso se profundizó aún más cuando el Doctor Penna localizó en un mapa, los casos producidos en la ciudad y concluyó que el cólera se había iniciado a la vera del Riachuelo, siendo este su foco originario y que luego marchó: “[...] siguiendo el camino de las mayores facilidades para su difusión, es decir los lugares bajos y húmedos de la ribera, los buques del canal y las casas de las costa, ordinariamente deficientes y habitada por gente poco cuidadosa [...]” (Penna 1897, 239).

La epidemia de 1886 fue la que con mayor fuerza se propagó hacia el interior del país, no siendo tan significativa para Buenos Aires, a pesar de haber sido su puerta de entrada. Esto puede presuponer, que para entonces la capital metropolitana o los principales barrios de ésta, ya estaban dotados de ciertos servicios como aguas corrientes, desagües cloacales, etcetera, mostraron un terreno poco fértil para el desarrollo del mal. De hecho, una de las características fue la difusión del virus colérico en ciertos barrios, y no en toda la jurisdicción capitalina.<sup>9</sup> Por ejemplo, el diario *La Nación* pedía la destrucción de focos de infección por medio del fuego: “No somos alarmistas, pero señalamos a la Boca como un foco de infección que es menester destruir a todo trance [...] ¡La Boca no tiene desagües ni agua que beber y su población se ingurgita sus propios desperdicios! [...]”. El diario *La Prensa* también criticaba la insalubridad de ese distrito, aludiendo a la indiferencia de las autoridades, por lo que entendía que el único recurso apto era el servicio de

9. Nos referimos a epidemia localizada, cuando la misma se circunscribe a un espacio geográfico acotado, por ejemplo un barrio, y extendida cuando expande su influencia a toda la ciudad.

aguas corrientes y cloacas.<sup>10</sup> Pero, no sólo la prensa realizaba dichas lecturas de la realidad, sino que el gobierno se manifestaba en el mismo sentido.<sup>11</sup>

Ahora bien, ¿qué pasó en el interior? ¿el brote colérico fue localizado o extendido? Estos cuestionamientos cobran validez en la medida que permiten observar trayectorias distintas de un mismo brote epidémico. En las Provincias, que estaban desprovistas de esas instalaciones de higiene, el mal se extendió rápidamente. Por ejemplo, en Mendoza se propagó por las acequias que bordeaban los frentes de las casas. Mientras en Tucumán, la Municipalidad se vio en serias dificultades para dar sepultura a los cadáveres y atención hospitalaria a los enfermos.

Lo expuesto es útil para fortalecer la idea que venimos remarcando acerca de que, si bien reconocemos que los rebrotes se debieron a la existencia de limitaciones propias de una etapa pre bacteriana, no es menos cierto que algunas de las medidas que se tomaron a finales de los años sesenta del XIX, sumadas al desarrollo de una infraestructura sanitaria que se acentuó por la misma época, brindaron elementos concretos que sirvieron para controlar el regreso cólerico de 1886, reubicando el mal en las márgenes de la ciudad de Buenos Aires, donde los avances en infraestructura urbana aún estaban ausentes. Esta situación fue lo que determinó que la característica de la epidemia fuera focalizada y no extendida, dotando de cierto grado de inmunidad a la Capital de la República.

El vapor Orión partió desde el puerto de Buenos Aires hacia la costa de Rosario, y aparentemente trasladó el cólera a ese puerto, que causó más de 1.000 víctimas en 1886, y 155 en el año siguiente, sobre una población de 50.000 habitantes.<sup>12</sup> Según lo manifiesta Araoz Alfaro (1938, 120), la penetración en puertos argentinos de ese vapor se debió a que entre sus pasajeros viajaba un ministro plenipotenciario, razón por la cual fueron atenuadas las medidas sanitarias. Es decir, el cólera entró en 1886 por el puerto porteño, propagándose de allí al resto de la ciudad con

10. Citado por Bordi 1992, 53.

11. Archivo General de la Nación (en adelante AGN), Argentina. 1886. Ministerio del Interior, Departamento de Obras Públicas, leg. 33.

12. AFMUBA, Fernández Espiro 1895, 5:25.

casos aislados, no muy numerosos (Penna 1897, 239), siguiendo su recorrido hacia el interior del país con una suerte distinta.

Además de la vía marítima, ese brote fue llevado desde Buenos Aires hasta el interior vía terrestre, por medio de un batallón que había tenido un caso colérico. Aun con ese antecedente, el Ministro del Interior, el médico higienista Wilde, autorizó su marcha hacia el Norte, donde se desataron nuevos casos.

Al igual que en los años setenta, el regreso de esta enfermedad motorizó iniciativas como la llevada a cabo por los ministros de Brasil, Argentina y Uruguay en noviembre de 1886, cuando celebraron la II Convención Sanitaria y redactaron el 1<sup>er</sup>. Reglamento Sanitario Marítimo.

Si bien este reglamento, producto de la epidemia del 86, representó un gran avance en lo relativo a la policía sanitaria, nada se avanzó sobre la organización y legislación sanitaria interna, dominando la superposición jurisdiccional que conllevaba a la falta de unidad de acción. Aunque, una consecuencia que dejó la epidemia fue la instalación efectiva de los lazaretos —Ley Nacional N° 1451—,<sup>13</sup> que tenían por objetivo evitar la introducción del cólera morbus sin necesidad de cerrar los puertos al intercambio de mercancías y personas.<sup>14</sup> Se afirmaba:

[...] En un momento en que cada laboratorio de investigación nos suministra los elementos necesarios para poder poner una barrera casi infranqueable a la penetración de una epidemia; en un momento en que tenemos un cúmulo de elementos suficientes para poder matar, por decirlo así los gérmenes que han de desarrollar esta epidemia, no es lícito proponer una medida tan radical que interrumpa el intercambio comercial [...] Todas las medidas que pueden adoptarse son las cuarentenas... y los cordones sanitarios [...].<sup>15</sup>

Al respecto, el Doctor Bartolomé Novaro, miembro de la Comisión Sanitaria Nacional afirmaba que: [...] existía una única fórmula salvadora que consistía en

13. La mencionada Ley fue aprobada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, el 7 de agosto de 1884. Cf. AGN, Argentina 1888, 563.

14. Documentos intercambiados entre la Asistencia Pública y otros organismos con fecha 14 de Julio de 1884, consignados en AGN, Argentina, Buenos Aires. Intendencia Municipal. 1885.

15. AFMUBA, Argentina, Honorable Cámara de Diputados. 1884, 563.

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 [...]”.<sup>16</sup>

La epidemia planteó la necesidad de contar con espacios apropiados; por esa razón y con base a los estudios que había realizado la Junta de Sanidad primero, y el Departamento Nacional de Higiene, después, se fortaleció la idea de instalar un lazareto en la isla Martín García,<sup>17</sup> por contar con una serie de factores favorables, entre ellos el geográfico.<sup>18</sup> De tal manera, si bien la epidemia de 1886 en la ciudad de Buenos Aires fue menos agresiva de lo que lo fue en las ciudades del interior argentino, por las razones antes expresadas, también es importante señalar que el sólo hecho de su presencia generó iniciativas sanitarias, cuyos resultados se acentuaron en la década siguiente.

## Peste colérica en las postrimerías del siglo XIX

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

Luis Sáenz Peña, al asumir la presidencia de la República en 1892, le ofreció a José María Ramos Mejía el cargo de presidente del DNH, y, como tal, organizó la defensa sanitaria de la República mediante el fomento y fundación de autoridades sanitarias en todas las Provincias, a las que asistían con personal y elementos necesarios para la prevención de las enfermedades que provenían del extranjero y la ex-

16. AFMUBA, Novaro 1887, 174.

17. La isla fue descubierta en febrero de 1516 por el español Juan Díaz de Solís. Al encontrarse que sus aguas eran marrones, lo llamó Mar Dulce y estando en el mismo, se le informó del fallecimiento de su despensero, Martín García, y a ello debe su nombre.

18. Sobre el tema recomendamos consultar: Álvarez 2004.

tinción de algunas enfermedades infecciosas comunes, que producían numerosas víctimas, como eran la difteria y la viruela. Para enfrentar la “Defensa Marítima”, elaboró un reglamento de “inspectores de sanidad”, que fue aprobado en 1893. Era un cuerpo médico dependiente del DNH, encargado de la higiene y la profilaxis de la rada, de la inspección, vigilancia, desinfección y asistencia de enfermos en los buques en cuarentena o en lazaretos flotantes, y también de la asistencia y vigilancia de los grupos de cuarentenarios con destino a Martín García.<sup>19</sup>

Para el “servicio médico en rada” se estableció que durante su permanencia a bordo debían hacer una visita general a los pasajeros y a la tripulación por la mañana y dos inspecciones más, una al mediodía y otra a la tarde; debían pasar un parte diario, con las novedades ocurridas en el buque o lazareto a su cuidado, también llevarían un libro, sellado, foliado y rubricado por la secretaría, donde debían anotar los resultados de las visitas; en caso de haber enfermos a bordo debían anotar los datos individuales, los antecedentes hereditarios y patológicos, diagnóstico y terapéutica empleada.<sup>20</sup>

Estos inspectores eran considerados de vital importancia porque en enfermedades como la fiebre amarilla y el cólera, la distancia no se convertía en una barrera, ya que, aunque no se produjeran casos a bordo de la travesía, se consideraba que la vitalidad de los gérmenes podía contaminar la ropa de los pasajeros y tripulantes, conservando todo su poder infeccioso.<sup>21</sup> La cuestión se agravaba si se le suma que se había llegado hasta la ocultación de los enfermos, “[...] tratados inhumanamente y privados de los auxilios médicos necesarios, para que no denuncien con su padecimiento a la enfermedad infecciosa que los obligará a someterse a un tratamiento sanitario [...]”.<sup>22</sup> En otro documento se reitera que:

19. Sobre la creación del lazareto en Martín García ver: Mallo y Wilde 1870, 29. También se rescata el accionar de la isla Martín García en los siguientes documentos: AGN, Argentina. 1887. Ministerio del Interior, Departamento de Obras Públicas, legs. 30-6871, 30-6849, 30-6867.

20. Proyecto de reglamento presentado por José María Ramos Mejía en 1893. Cf. Ramos Mejía 1893, 1: 293-295; Novaro, Bartolomé. 1893. “Lazaretos y hospitales de aislamiento”. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. II, 1: 293-295.

21. AFMUBA, Ramos Mejía 1895, 1: 351-355.

22. AFMUBA, Ramos Mejía 1895, 1: 355.

[...] continuamente hemos observado ocultaciones de enfermos hechos tercamente por capitanes de buques e intereses particulares del comercio que intentaron entorpecer la acción de las autoridades sanitarias y solo ante el imponente espectáculo de la muerte de un hombre y de la responsabilidad que esto envolvía, se retiraba la ignorancia para dar paso al médico que varias veces llegaba tarde, por haberse perdido un tiempo tan necesario [...].<sup>23</sup>

Por esta razón, se dispuso un arsenal de medidas tendientes a luchar contra los peligros foráneos que no sólo perjudicaban las condiciones de vida de la población, sino también las relaciones comerciales con otros países.

En los noventa, la modalidad de control y profilaxis continuaba siendo el sistema de cuarentenas, pero el mismo se practicaba en lazaretos, que tenía por objeto aislar a las personas infectadas o sospechosas, del resto de la población local. Tanto era así que si al momento de llegar el barco ya tenía personas atacadas, éstas eran alojadas en el *hospital flotante*, sin llegar a tocar tierra firme.

Los *lazaretos fijos*, que eran los que estaban en tierra, destinados a personas que durante el viaje habían estado en contacto o simplemente compartido con un infectado, o provenían de puertos infectados como los de Brasil, y los *lazaretos flotantes* que eran barcos hospitales, donde eran recibidos los atacados de enfermedad pestilencial exótica procedentes de los navíos infectados.

Desde 1892, el DNH contaba con el lazareto fijo de Martín García y se sumaban los lazaretos flotantes Rosetti y Singapore (posteriormente llamado Rodolfo del Viso), a donde se enviaban los enfermos aparecidos en la rada (Ramos 1894, 659).

La modalidad de acción implementada era que los pasajeros sospechosos eran enviados al lazareto de Martín García, donde, aislados en compartimientos especiales, sufrían la observación sanitaria que imponía el reglamento. Al mismo tiempo sus equipajes eran desinfectados por medio de estufas Geneste Hersher. En el navío permanecía a bordo un guarda sanitario y en los casos de tener enfermos a bordo, era sometido a la observación de rigor. En caso contrario, previa desinfección, permanecía aislado hasta la terminación del período de vigilancia. Todos los gastos que demandaba el procedimiento corrían por cuenta de las compañías navieras.

23. AGN, Argentina. 1887. Ministerio del Interior. Departamento de Obras Públicas, legs. 30- 6867.

El Hospital Flotante Rodolfo del Viso era un lazareto emplazado en un buque que estaba fondeado distante de la costa del Puerto de Buenos Aires, cuya función principal era recibir a inmigrantes o tripulantes que durante la travesía marítima hubieran desarrollado síntomas o padecido de alguna enfermedad, en especial cólera o fiebre amarilla. El objeto que tenía el barco hospital era, por un lado, que los enfermos no tocaran tierra firme y, por otro, la atención y observación sistemática de los atacados (Álvarez 2004).

Pero a su vez, este brote también se previno por la vía terrestre, ya que a finales de 1894, se registró el primer caso de cólera en Rosario, hecho que desembocó en que en toda la Provincia de Santa Fe se produjeran más de 2.000 casos con muy alta letalidad (Penna 1916).

¿Cómo se previno por tierra la epidemia?:

[...] Los pasajeros que provenían de Rosario eran vigilados en el ferrocarril por un guarda sanitario que les entregaba un pasaporte que debían presentar en la Asistencia Pública de la Capital Federal. Los trenes se detenían en Belgrano a los efectos de que allí se hiciera la desinfección de los equipajes. Una vez terminada la operación, los viajeros eran conducidos a Buenos Aires en trenes locales y los vagones en los que habían llegado a Belgrano retornaban, previa desinfección, a seguir su itinerario. Esta medida tenía por objeto impedir la introducción de ropas que hubiesen sido infectadas, y la entrega del pasaporte sanitario respondía al propósito de conocer y aislar inmediatamente a los enfermos de cólera que llegasen de Rosario. De igual manera se procedió con los que arribasen por vía marítima [...].<sup>24</sup>

Este procedimiento subsistió hasta que el cólera apareció en la Capital Federal en diciembre de ese mismo año.

A finales de ese mes, el cólera llegó a San Nicolás, Provincia de Buenos Aires, donde produjo 179 casos y 116 defunciones; luego avanzó hacia la Capital Federal, distante a pocos kilómetros del mencionado foco.

En la Capital Federal la comprobación del primer caso la hizo José Penna, director de la Casa de Aislamiento. El 26 de diciembre de 1895 fue examinado por dicho médico el marinero Luis Ferrari, tripulante de la barca Nuevo Trocadero, que

24. AFMUBA, Fernández Espiro 1895, VI.

había llegado a La Boca con procedencia de Corrientes y escala en Santa Fe; luego de éste, se produjeron otros casos pero localizados uno en la calle Charcas, otro en la calle Bolívar y un tercero en las Carbonerías del Puerto Madero. A partir de esta fecha, la entrada de coléricos a la Casa de Aislamiento aumentó, hasta que el 16 de enero este mal ingresó en el Hospicio de Alienadas de Las Mercedes, en el que se produjeron 21 casos en el intervalo de 6 días.<sup>25</sup>

Estas manifestaciones coléricas eran leídas por la prensa, en enero, no como un foco epidémico, sino como casos aislados, justificado en el satisfactorio estado sanitario de la capital.<sup>26</sup>

Estaba claro que, para beneficio de la ciudad de Buenos Aires, se volvía a repetir la modalidad de una epidemia focalizada y no extendida, y también que los brotes se ubicaban en los mismos lugares de 1886. Al igual que en esos años, uno de los focos fue el barrio de La Boca. El Doctor Esquivel, médico municipal de La Boca, solicitó el auxilio de la policía para proceder a la desinfección del conventillo (también conocida como vivienda colectiva debido a que cohabitan varias familias, distribuidas en las habitaciones de la casa), sito en la calle Almirante Brown 394, donde se habían producido tres casos sospechosos que permanecían en el conventillo; por esto se recurrió a la fuerza pública para remitir dichos enfermos a la Casa de Aislamiento y proceder a la desinfección del lugar.<sup>27</sup>

A pocos días, en la misma vecindad y pegado al conventillo antes mencionado, se desataron nuevos casos en las casas que lo rodeaban, inclusive se clausuró un lavadero que estaba en las inmediaciones, que no había registrado casos coléricos pero que dada “la proximidad a los focos citados, hacía peligrosa para las familias el lavado de sus ropas en aquel sitio”.<sup>28</sup>

25. AFMUBA, Fernández Espiro 1895, VI: 37.

26. “El estado general de la Capital es satisfactorio. El cólera se produce en puntos distintos, aisladamente y sin producir focos epidémicos fuera del manicomio donde ha hecho presa”, se señala en “Revista general. El Departamento y la epidemia en Santa fe y Córdoba – Las demás provincias de la Republica – Estado Sanitario de la ciudad- Las defunciones de ayer”. 1895. *El Tiempo* [Buenos Aires], enero 22, 2.

27. “Estado General de la Epidemia”. 1895. *El Tiempo* [Buenos Aires], enero 31, 1.

28. “Dos focos epidémicos en la capital y en el puerto”. 1895. *El Tiempo* [Buenos Aires], febrero 1, 2.

De manera que hasta los primeros días del 1895 la opinión pública se mantenía tranquila, dando crédito a lo realizado por las autoridades sanitarias y credibilidad a las informaciones vertidas tanto por la Casa de Aislamiento, dependiente del Municipio, como la brindada por el DNH, adscrito al Ministerio del Interior. Sin embargo, en febrero esto se modificó. De hecho la Asistencia Pública dejó de brindar el parte diario y la prensa comenzó a denunciar el ocultamiento del cólera por parte de las autoridades sanitarias.<sup>29</sup> Fue el caso de los prostíbulos, por lo se sostenía que:

[...] en el prostíbulo de la calle Necochea 1182, donde ya se han producido [varios] casos las mujeres que allí se encuentran encerradas, en número de trece, están rabiando de desesperación pues no las sacan de allí ni las dejan liberarse de ese foco, ¿no hay donde aislar personas en estos casos? [...].<sup>30</sup>

La situación entre la prensa y las autoridades sanitarias sufrió un acelerado deterioro, y el descreimiento en la voz oficial no logró ser superado ni siquiera cuando el DNH comenzó a publicar un Boletín Oficial sobre la marcha del cólera en la República.<sup>31</sup> Esta tensión con altibajos perduró hasta junio de 1895, cuando el mal desapareció de Buenos Aires.

¿A qué cantidad de población afectó esta epidemia? Según el Director de la Asistencia Pública Porteña, Juan B. Señorans:

[...] El número de denuncias desde el 24 de diciembre de 1894 hasta junio, ha sido de 317, de las que fueron comprobadas por la Asistencia Pública 276 como enfermos de cólera por la sintomatología no habiendo sido posible ratificar o rectificar su juicio en muchas ocasiones. A la Casa de Aislamiento remitieron 187 enfermos en estas condiciones resultando 152 realmente atacados de cólera. En el público cuidáronse, particularmente o con el auxilio de los médicos seccionales, 113 enfermos. De estos, 86 fueron considerados desde el primer momento como enfer-

29. "Movimiento Sanitario". 1895. *El Tiempo* [Buenos Aires], febrero 5, 2.

30. "Movimiento Sanitario". 1895. *El Tiempo* [Buenos Aires], febrero 5, 2.

31. Boletín del Departamento Nacional de Higiene. 1895. "El Departamento sin Novedades". *El Tiempo* [Buenos Aires], enero 9, 1; "El Cólera. Informalidad del Departamento de Higiene". 1895. *El Tiempo* [Buenos Aires], febrero 7, 1.

mos de cólera, no habiendo podido la Dirección recoger informaciones ulteriores respecto de la evolución y terminación de la enfermedad.

Por último, el número de defunciones por cólera, desde su aparición hasta la fecha, tanto en la Casa de Aislamiento como en el público, y que puede considerarse de diagnóstico comprobado, ha alcanzado a 169 [...].<sup>32</sup>

Resulta claro que en relación a otras ciudades, como Córdoba o Rosario, fue mucho menor el impacto de este brote colérico.<sup>33</sup> La focalización de la peste fue tributaria de la lógica con la cual en la ciudad de Buenos Aires se venía encarando la profilaxis.

Es posible distinguir en el escenario porteño la profilaxis marítima de la de tierra, la cual estaba a cargo del Municipio. En ella, las medidas de desinfección que se pusieron en práctica por la Asistencia Pública contribuyeron a impedir la formación de focos, especialmente en los puntos más vulnerables como La Boca y las adyacencias al Puerto Madero.<sup>34</sup>

Sin embargo, otro foco importante fue el del Hospicio de las Mercedes, donde la aparición colérica se debió, según su director, a que:

[...] las pésimas condiciones de preservación facilitan la incubación y el desarrollo de cualquier enfermedad infecciosa. En esa misma sección fueron arrasados los alienados durante las epidemias de los años 67, 68, 74 y 86 en una proporción muy superior a los de la población general de la ciudad [...] Las pésimas condiciones derivan de la permeabilidad del suelo y de las construcciones, que se hallan saturadas de materias orgánicas provenientes de los mismos alienados que en número cuatro veces mayor a lo que permitía la capacidad higiénica del local han vivido en él por 25 años [...].<sup>35</sup>

Sin duda, el brote del Hospicio de las Mercedes era el más preocupante. Su director, el médico Domingo Cabred, instrumentó desinfecciones generales “[...]”

32. AFMUBA, Fernández Espiro 1895 VI, 5:39.

33. Sobre el tema recomiendo la lectura de Carbonetti 2008.

34. AFMUBA, Fernández Espiro 1895 VI, 5:39-40.

35. AFMUBA, Fernández Espiro 1895 VI, 5:40.

haciéndoles beber a los insanos el agua hervida y observándose un severo régimen en los alimentos [...]”.<sup>36</sup>

Además, desde el Municipio se ordenó, en primer término, el aislamiento de los enfermos y de las personas que los cuidaban, la desinfección de las ropas por medio del calor húmedo y de las habitaciones con soluciones antisépticas, y como medida complementaria, el uso del agua hervida y la esterilización de las deyecciones coléricas.

Si la familia del paciente no se oponía, el enfermo era trasladado a la Casa de Aislamiento; en caso contrario, permanecía en su domicilio, en el que quedaban para asistirlo dos personas solamente, a quienes el guarda de servicio les impedía comunicarse con los demás vecinos. Otro guarda colocado en la puerta de calle no consentía la entrada sino a aquellos individuos que por diversas razones debían ausentarse diariamente de la casa. Este último punto fue criticado por una prensa presa del miedo que empezó, casi de manera detectivesca, a observar el accionar de estos agentes sanitarios.<sup>37</sup>

La profilaxis en la zona portuaria estaba a cargo del DNH y, tal cual explicamos anteriormente, se basó en el accionar de los lazaretos flotantes y fijos. De manera que, cuando comenzaron los casos de cólera, la autoridad sanitaria dispuso en el puerto que todo buque infectado saliese a la Rada para sufrir el expurgo debido y enviar los enfermos al Hospital Flotante Rodolfo Del Viso.

Los enfermos de cólera eran retirados de abordaje y se procedía a la desinfección de las ropas de los tripulantes y limpieza del buque. La Inspección Sanitaria del Puerto ejercía constantemente vigilancia en los buques. Los médicos de sanidad efectuaban visitas a los navíos sospechosos y contaminados. En cuanto a los cadáveres, antes o después de ser enviados al lazareto flotante Rodolfo Del Viso, eran transmitidos al lazareto Martín García para entregarlos al horno crematorio.

36. “Revista general. El Departamento y la epidemia en Santa fe y Córdoba – Las demás provincias de la Republica – Estado Sanitario de la ciudad- Las defunciones de ayer”. 1895. *El Tiempo* [Buenos Aires], enero 22, 1.

37. “El Cólera. Informalidad del Departamento de Higiene”. 1895. *El Tiempo* [Buenos Aires], febrero 7.

Según algunos analistas, el nuevo tratamiento sanitario marítimo que se puso en marcha con las Reformas realizadas por Ramos Mejía, dio una importancia mayor al Lazareto Martín García. De hecho, en el momento de esta epidemia, en 1895, el:

[...] movimiento de pasajeros habido durante el año ha sido numeroso, levándose hasta la cifra de 3140, de los cuales 31 eran alemanes, 25 árabes, 8 argentinos, austríacos 31, belgas 7, brasileros 44, españoles 230, franceses 67, ingleses 63, israelitas 1164, italianos 1403, norteamericanos 1, orientales 6, paraguayos 1, portugueses 42, rusos 31, suizos 12; total 3140 [...].<sup>38</sup>

En 1895, viendo que el foco colérico había sido aislado, se suprimieron las cuarentenas por considerarlas antieconómicas. A partir de entonces los buques que procedían de puertos europeos, sucios o sospechosos, con más de 100 pasajeros de proa, desembarcaban en la Isla Martín García para la desinfección de sus ropas y equipajes. Esta decisión estaba hablando de una medida que era hija del triunfo de los controles y de los medios proporcionados por la ciencia, dejando de lado el simple aislamiento para ser reemplazado por la desinfección mediante una renovada tecnología médica.

Estos dispositivos, tanto los dependientes de la Asistencia Pública como los del DNH, explican las razones por las cuales en Buenos Aires, en 1895, el cólera fue un brote epidémico pequeño, focalizado, y con un bajo nivel de mortalidad.

---

38. Agote, Luis. 1896. "Informe del Director del Lazareto Martín García". *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. VI, VI-VII: 75 y ss.

Tabla 1. Epidemias de cólera en Buenos Aires, 1858-1915

Año	Nº de víctimas
1858	
1865	
1867	1.653
1868	993
1869	319
1871	
1872	
1873	
1874	790
1875	
1878	
1879	
Subtotal	3755
1880	
1883	
1884	
1886	562
1887	530
Subtotal	1092
1895	
1900	
1901	
1906	
1910	
1915	
Total	4847

Fuente: Mazzeo 1993, 21 y ss.

## Finales del siglo XX

Los focos de cólera fueron localizados en espacios carenciados y estuvieron relacionados con el consumo de agua de mala calidad, higiene y saneamiento deficiente en Argentina a finales del siglo XX.

A principios de la década del noventa la enfermedad fue subestimada, se minorizó su importancia y peligrosidad. Sin embargo, en 1992, los matutinos decían que había provocado: “[...] 15 muertes sobre 451 enfermos [...] ha brotado con mayor fuerza que el año pasado. Las dos primeras semanas del año (verano en el cono sur) se han registrado 333 casos y seis muertos [...]” (Ares 1993).

El inicio de la epidemia fue en el norte argentino, en pequeños pueblos de frontera: “[...] que no tienen servicios de luz ni redes cloacales [...]”, colmados de empleados tabacaleros cuya caracterización supo hacer el entonces Ministro de Salud Araos como que: “[...] los trabajadores de esos campos son la imagen de la esclavitud del siglo XX [...]” (Ares 1993). Los brotes continuaron. Durante los primeros cinco meses de 1996, Argentina sufrió una epidemia de cólera que alcanzó su punto máximo durante el mes de febrero, concentrada principalmente en la Provincia de Salta, donde ocasionó 422 casos y 5 defunciones.<sup>39</sup>

Durante el mes de octubre otro brote de cólera incrementó el acumulado anual a 474 casos, es decir, 2,5 veces más que el total de 1995 que fue de 188 casos. Hasta el 15 de febrero de 1997, un total de 405 casos habían sido notificados, de los cuales, 95% pertenecía a la zona fronteriza con Bolivia de Salta y Jujuy.<sup>40</sup>

La Provincia más afectada por esa dolencia fue Salta, con un total de 2.576 casos y 45 muertes entre 1992 y marzo de 1996. A Salta le siguió Jujuy con 1.048 enfermos de los cuales 17 murieron. En la Capital Federal se contagiaron 39 personas, de las cuales ninguna falleció. La menos afectada fue la Provincia de San Juan que presentó un sólo enfermo en el mismo período y ningún deceso.

39. Oficina Sanitaria Panamericana. 1997. *Boletín Epidemiológico*. 18: 1.

40. Oficina Sanitaria Panamericana. 1997. *Boletín Epidemiológico*. 18: 1.

El índice de mortalidad descendió progresivamente, en 1992 murió uno de cada 37 casos, en 1993 varió a uno sobre 61, en cambio hacia 1994 se produjo uno de cada 59, y en 1995 se registró una defunción por cada 94 infectados (Santana 1996).

Para enfrentar la epidemia se creó la Comisión Nacional de Prevención y Control del Cólera, la cual realizó una programación y coordinación de acciones conjuntas en áreas de frontera, el intercambio y análisis de información, promoviendo reuniones de las comisiones locales de frontera, definiendo las estrategias para la prevención y el control en poblaciones de riesgo. Y, además, emprendió obras de saneamiento básicas necesarias en las zonas de riesgo.

## Reflexiones finales

---

El análisis sobre los brotes coléricos del siglo XIX en la ciudad de Buenos Aires permite inferir que el descenso en los niveles de mortalidad por cólera se debió, por un lado, a la mayor importancia que adquirió la práctica profesionalizada de la salud, entendiendo por esto campañas de vacunación, atención médica domiciliaria, procedimientos preventivos y terapéuticos; pero, por otro, al desarrollo de obras de infraestructura urbana que implicaron un mejoramiento en las condiciones de vida material. Es decir, tal cual ha planteado Diego Armus (2000), lo expresado formaba parte de una problemática más amplia como era la incorporación de las enfermedades a la agenda de las cuestiones sociales. Aunque, también aparecen como elocuentes los límites que dicho proceso experimentó, ya que en barrios como la Boca o el Riachuelo, donde la infraestructura urbana era defectuosa y las condiciones socioeconómicas de la población eran más deficientes en relación a los habitantes de los barrios ubicados al Norte de la ciudad, las tareas de prevención entronizadas por la medicina resultaron insuficientes.

La mirada histórica sobre las epidemias de cólera que se dieron entre 1867 y 1895 en la ciudad de Buenos Aires, pone en evidencia que entre fines del siglo XIX y principios del XX, se asistió en el escenario porteño a un descenso de la mortali-

dad colérica. El paso de brotes coléricos extendidos a focalizados fue tributario de la vigencia de zonas que aventajaron a otras en desarrollo sanitario, económico y hasta cultural, con lo cual en las causas de mortalidad se puede observar con más claridad un fenómeno que se acentuará en el siglo XX: una diferenciación social en las causas de muerte frente a las enfermedades infectocontagiosas.

Esa diferenciación social y su implicancia en la propagación de enfermedades como el cólera, nuevamente cobró protagonismo a fines del siglo XX. En relación a los brotes de los noventa se evidenció que fueron las condiciones ambientales, la carencia de agua potable o servicios de saneamiento en la población lo permitió la propagación del cólera. En tal sentido, si a finales de los noventa del XIX los focos estuvieron bien localizados en barriadas pobres, incluso en la misma ciudad de Buenos Aires, a finales del siglo XX el epicentro fue el Norte argentino.

Ahora, si al comienzo el ingreso de la enfermedad se debió a la llegada masiva de inmigrantes europeos procedentes de zonas infectadas y el lugar por excelencia fueron los puertos navieros, cien años después lo fueron las zonas fronterizas del norte argentino identificadas puertas de ingreso de la enfermedad y del turismo.

La reacción frente a los focos fue similar. Al principio, ocultamiento por parte de las autoridades de la existencia de la enfermedad y denuncias de casos en la prensa, sin mayor reconocimiento por parte las autoridades. El efecto económico también es comparable, pues si en el siglo XIX se afectó al intercambio de productos y personas, a finales del XX ante la reaparición del cólera en América Latina y su rápida diseminación en 1991, la comunidad internacional se apresuró a imponer barreras no arancelarias a la importación de alimentos de los países afectados para reducir el riesgo de transmisión. Al examinar retrospectivamente las medidas adoptadas se observa, en algunos casos, la ausencia de buenos fundamentos científicos o técnicos, en parte debido a la cobertura alarmista de los medios de comunicación.

La epidemia de cólera en Argentina y en América Latina es ejemplo de una enfermedad previamente controlada pero que volvió a aparecer. Las epidemias de cóleras no sólo pusieron en evidencia las deficiencias que las causaban, sino que obligó a tomar en el corto plazo una serie de acciones de urgencia: atención médica,

información pública, vigilancia epidemiológica, fortalecimiento de los laboratorios de diagnóstico y referencia, protección de alimentos, desinfección de abastecimientos de agua, tratamiento de aguas servidas y eliminación apropiada de excretas.

La diferencia entre los dos contextos en que brota el cólera radica de una parte, en que hasta finales del siglo XIX, se sabía por Snow que la forma de transmisión del cólera era el agua contaminada y por Koch que existía la bacteria *Vibrio cholerae* como el agente etiológico del cólera, además que el despliegue científico era embrionario; y de otra, que estos descubrimientos científicos se consolidaron, perfeccionaron y proporcionaron a los científicos y trabajadores de salud un conocimiento para combatir la enfermedad que en tiempos recientes no es suficiente. Resaltan en cambio las consecuencias que provocan las desigualdades y penurias de la provisión de agua, saneamiento y servicios de salud, cuando se convierten en factores dinamizadores de la expansión de enfermedades infecciosas.

## Referencias

Agote, Luis. 1896. “Informe del Director del Lazareto Martín García”. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. VI, VI-VII: 75 y ss.

Álvarez, Adriana. 2004. “El rol de los lazaretos en el control del cólera y la fiebre amarilla. Buenos Aires, 1870-1915”. *Revista do departamento de História e do Programa de pos-graduação em história*. 9, 2: 287-219.

Archivo General de la Nación, AGN, Argentina, Buenos Aires. Intendencia Municipal. 1885. *Memoria de la Intendencia Municipal de la Capital de la República correspondientes á 1884 presentada al H. Concejo Deliberante*. Buenos Aires: Imprenta Sud-América; Argentina. 1886. Ministerio del Interior, Departamento de Obras Públicas, leg. 33; Argentina. 1887. Ministerio del Interior, Departamento de Obras Públicas, legs. 30-6867, 30-6871, 30-6849, 30-6867; Argentina. 1884. *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados. Tomo 1*. Buenos Aires: Imprenta Stiller,

Archivo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, AF-MUBA, Ramos Mejía, José María. 1894. “La Defensa de la Argentina contra el cólera y la Fiebre Amarilla”. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. 23 y 24: 648; Fernández Espiro. 1895. “Documentos sobre el Cólera”. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. VI, 5:25; Argentina, Honorable Cámara de Diputados. 1884. *Diario de Sesiones 1884*. Buenos Aires: Editorial Imprenta Stiller; Novaro, Bartolomé. 1887. “Lazaretos y hospitales de aislamiento”. *Anales del Circulo Medico Argentino*. X: 5; Novaro, Bartolomé 1893. “Lazaretos y hospitales de aislamiento”. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. II, 1: 293-295; Ramos Mejía, José María. 1895. “Reglamento Sanitario Marítimo de la República Argentina”. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. 1: 351-355; Informe de la Oficina Sanitaria. 1895. “El cólera”. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. VI, V: 37-40.

Ares, Carlos. 1993. “El rebrote del cólera en Argentina causa seis muertos en las dos primeras semanas de 1993. La enfermedad, que se extiende por el norte del país, afecta ya a más de 300 personas”. *El País*, **enero 18**.

Armus, Diego. 2000. “El descubrimiento de la enfermedad como problema social”. En *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*, comp. Mirta Lobato. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Aráoz Alfaro, Gregorio. 1938. *Crónicas y estampas del pasado*. Buenos Aires: El Ateneo.

Besio Moreno, Nicolás. 1936. *Buenos Aires estudio crítico de su población (1536-1936)*. Buenos Aires: Librería Panamericana.

\_\_\_\_\_. 1940. *Historia de las epidemias de Buenos Aires. Tomo 3*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Berruti, Rafael. 1973. “Antecedentes de la introducción del cólera de 1867”. *La Semana Médica*. XX: 635-637.

Biblioteca Nacional, BN, Argentina, Diego G. de la Fuente, Superintendente del Censo. 1872. *Primer Censo de la República Argentina verificado en los días 15, 16 y 17 de 1869*. Buenos Aires: Imprenta el Porvenir; Argentina, Comisión Directiva, Diego G. de la Fuente, Presidente. 1898. *Segundo Censo de la República Argentina. Mayo 10 de 1895. Tomos 1*. Buenos Aires: Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional; Argentina, Comisión Nacional, Alberto B. Martínez, Director. 1916. *Tercer Censo Nacional. Levantado el 1º de Junio de 1914. Tomos 1-X*. Buenos Aires: Talleres Gráficos de Rosso y Cía; Argentina, Congreso Nacional. 1885. *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Nación, año 1884. Tomo 1*. Buenos Aires: Imprenta Sti-ller & Laass.

Boletín del Departamento Nacional de Higiene. 1895. “El Departamento sin Novedades”. *El Tiempo* [Buenos Aires], enero 9.

Bordi de Ragucci, Olga. 1992. *Cólera e inmigración*. Buenos Aires: Editorial Leviatán.

Bucich Escobar, Ismael. 1932. *Infortunios del pasado*. Buenos Aires: Talleres Gráficos Ferrari.

Carbonetti, Adrian. 2008. *Los caminos del cólera en la Argentina en la segunda mitad del Siglo XIX*. Trabajo presentado en el III Congreso de ALAP, Córdoba, septiembre.

Coni, Emilio R. 1895. *El saneamiento de Buenos Aires. Memoria descriptiva del servicio de aguas y de cloacas*. Paris: Bureau du Génie Sanitaire.

“Dos focos epidémicos en la capital y en el puerto”. 1895. *El Tiempo* [Buenos Aires], febrero 1.

“El Cólera. Informalidad del Departamento de Higiene”. 1895. *El Tiempo* [Buenos Aires], febrero 7.

“Estado General de la Epidemia”. 1895. *El Tiempo* [Buenos Aires], enero 31.

González Leandri, Ricardo. 1999. *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires 1852-1886*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Malbrán, Carlos. 1903. “Medidas preventivas contra el cólera. Ordenanzas”. *La Semana Médica*. XII, 971: 978

Mallo Pedro y Antonio Wilde. 1870. "Informe sobre sanidad marítima. Informe elevado a capitán del puerto central coronel D. J. M. Bustillo, presidente de la Junta de Sanidad". En *Cosas viejas y menos viejas sobre "Medicina higiene y obras de salubridad"*, *Obras completas*, Eduardo Wilde, VI: 30-41. Buenos Aires: s.e.

Mazzeo, Victoria. 1993. *Mortalidad Infantil en la ciudad de Buenos Aires (1856-1986)*. Buenos Aires: Ceal.

Mckeown, Thomas. 1990. *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Barcelona: Editorial Crítica.

"Movimiento Sanitario". 1895. *El Tiempo* [Buenos Aires], febrero 5.

Novarro, Bartolomé. 1887. "Lazaretos y hospitales de aislamientos". *Anales del Círculo Médico Argentino*. X, 5: 174-180.

Penna, José 1897 *El cólera en la República Argentina*. Buenos Aires: Litográfica y Encuadernación de Jacobo, Buenos Aires, Peuser.

\_\_\_\_\_. 1895. "Enfermedades infecciosas en Buenos Aires". *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. V, 40- 41: 729-737.

\_\_\_\_\_. 1910. "Profilaxis del cólera". *La Semana Médica*. XVII, 3: 507

\_\_\_\_\_. 1916. *Atlas Sanitario*. Buenos Aires: Editorial Kraft.

Pena, José y Horacio Madero. 1910. *La administración sanitaria y la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires. Tomo 1*. Buenos Aires: Editorial Kraft.

Prestigiacomio, Raquel y Fabián Uccello. 2001. *La pequeña aldea: vida cotidiana en Buenos Aires 1800-1860*. Buenos Aires: Editorial Eudeba.

Ramos Mejía, José María. 1893. “Reglamento de inspectores de Sanidad”. *Anales de Higiene Pública y Medicina Legal*. 2, 1: 293-295.

\_\_\_\_\_. 1894. “La Defensa de la Argentina contra el cólera y la Fiebre Amarilla”. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. 23-24: 648.

Recalde, Héctor. 1991. El cólera en la Argentina. *Todo es Historia*. 286: 12-41.

\_\_\_\_\_. 1993. *Las epidemias de cólera (1856-1895). Salud y sociedad en la Argentina oligárquica*. Buenos Aires: Editorial Corregidor.

“Revista general. El Departamento y la epidemia en Santa fe y Córdoba – Las demás provincias de la Republica – Estado Sanitario de la ciudad- Las defunciones de ayer”. 1895. *El Tiempo* [Buenos Aires], enero 22.

Ruiz Moreno, Leandro. 1949. *La Peste Histórica de 1871. Fiebre Amarilla en Buenos Aires y Corrientes*. Paraná: Editorial Nueva Impresora.

Oficina Sanitaria Panamericana. 1997. *Boletín Epidemiológico*. 18.

Santana, Virginia. 1996. “La Argentina tiene pocos casos de cólera pero mucha mortalidad La mayor de América: cada 58 afectados uno muere mientras que en el resto del continente se produce un deceso cada 95 enfermos”. *La Nación*, abril 22.

Snow J. 1855. *On the mode of communication of cholera*. London: John Churchill.

Susini, Telémaco. 1895. “Algunas consideraciones históricas, sobre las epidemias de cólera en Sud América y especialmente en la República Argentina”. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. VI, 10 y 11: 189-199.

Wilde, Antonio. 1881. *Buenos Aires desde setenta años atrás*. Buenos Aires: Eudeba.

\_\_\_\_\_. 1923. *Obras Completas. Primera parte, científicas. Volumen II*. Buenos Aires: Talleres Peuser.

