

La historia de la salud y la enfermedad interpelada

Latinoamérica y España
(siglos XIX-XXI)

Gustavo Vallejo,
Marisa Miranda,
Adriana Álvarez,
Adrián Carbonetti y
María Silvia Di Liscia
(editores)



Colección Cuadernos del ISCo

Títulos publicados (para acceder a los libros, pulsar en el título)

SERIE SALUD COLECTIVA

El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX
Lilia Blima Schraiber, 2019

Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones
Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

Morir de alcohol: saber y hegemonía médica
Eduardo L. Menéndez, 2020

Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias
Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (compiladoras), 2020

Pensar en salud
Matio Testa, 2020

Adiós, señor presidente
Carlos Matus, 2020

Método Paideia: análisis y gestión de colectivos
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Gestión en salud: en defensa de la vida
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI
Jairnilson Silva Paim, 2021

Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina
Sonia Fleury, 2021

Teoría del juego social
Carlos Matus, 2021

La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad
Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

Salud: cartografía del trabajo vivo
Emerson Elias Merhy, 2021

Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud
Hugo Spinelli, 2022

Saber en salud: La construcción del conocimiento
Mario Testa, 2022

El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante
Carlos Matus, 2022

SERIE CLÁSICOS

Política sanitaria argentina
Ramón Carrillo, 2018

Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo
Josué de Castro, 2019

La salud mental en China
Gregorio Bermann, 2020

SERIE TRAYECTORIAS

Vida de sanitarista
Mario Hamilton, 2021

SERIE DIDÁCTICA

Teorías dominantes y alternativas en epidemiología
Marcelo Luis Urquía, 2019

Método Altadir de planificación popular
Carlos Matus, 2021

SERIE INFORMES TÉCNICOS

Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014
Instituto de Salud Colectiva, 2020

La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)

*Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez,
Adrián Carbonetti y María Silvia Di Liscia*
(editores)



Secretaría de Investigación y Posgrado

La historia de la salud y la enfermedad interpelada : Latinoamérica y España : siglos XIX-XXI / Gustavo Vallejo ... [et al.]. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2022.
Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Hugo Spinelli ; Salud colectiva ; 25)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-8926-13-1

1. Historia. 2. Salud Pública. 3. Atención a la Salud. I. Vallejo, Gustavo.
CDD 362.9

Colección *Cuadernos del ISCo*
Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Jorge Arakaki, Ignacio Yannone*

Coordinación editorial de esta obra: *Viviana Martinovich*

Fotografía de tapa: *Lewis Wickes Hine (1874-1940). National Child Labor Committee collection, Library of Congress, Prints and Photographs Division.*

Corrección de estilo: *Gabriela Presentado*

Diagramación: *Griselda Marrapodi*

© 2022, Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti y María Silvia Di Liscia (editores)

© 2022, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-13-1

DOI 10.18294/9789878926131

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727. edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Wertheim"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958. <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons

Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.

Índice

Introducción: Debates que entrelazan la historia y el presente	1
<i>Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti y María Silvia Di Liscia</i>	

Parte 1. Vacunas y vacunación

Políticas de vacunación y debate histórico: El control de la difteria en Argentina	11
<i>María Silvia Di Liscia</i>	

Tensiones, apuestas y debates en la producción de sueros y vacunas (Buenos Aires, comienzos del siglo XX)	31
<i>Juan Pablo Zabala y Nicolás Facundo Rojas</i>	

Augusto Bunge y la vacuna Friedmann para la “extinción de la tuberculosis”: Iniciativas políticas y debates médicos contra una pandemia (Argentina, 1934)	59
<i>Adrián Carbonetti</i>	

Recién nacidos y tuberculosis: un caso de accidente masivo por vacunación en México	73
<i>Ana María Carrillo</i>	

Florencio Pérez Gallardo y una vacuna propia para la poliomielitis en España	89
<i>María Isabel Porras Gallo y María Victoria Caballero Martínez</i>	

Evolución y rol de las vacunas en la última gran pandemia de influenza del siglo XX: Su impacto en la República Argentina	107
<i>Adriana Álvarez</i>	

Parte 2. Eugenesia y sexualidades

Neomalthusianismo y (auto)gestión de la sexualidad en la prensa anarquista chilena (1898-1921)	123
<i>Carolina Miranda González</i>	

La eugenesia y sus validaciones: Sobrevolando discursividades e instituciones argentinas del siglo XX 139
Marisa Miranda

Sobre una medicalización híbrida y sus estrategias para normalizar la sexualidad en la Argentina (1994-2020) 155
Gustavo Vallejo

Notas sobre darwinismo y eugenesia en el proyecto neoliberal 177
Susana Murillo

Parte 3. Salud de la infancia y cultura física escolar

De Montevideo al mundo: el Instituto Internacional Americano para la Protección a la Infancia y la circulación de las políticas uruguayas de salud infantil 205
Anne-Emanuelle Birn

Educación física y eugenesia en Uruguay (1900-1948) 233
Camilo Rodríguez Antúnez

Notas para una historia de las instituciones argentinas de formación de docentes en Educación Física durante el siglo XX 251
Alejo Levoratti y Pablo Scharagrodsky

La educación bonaerense de los cuerpos: cultura física en la *Revista de Educación* (1926-1936) 269
Eduardo Galak

La infancia medicada: el uso de antipsicóticos como estrategia normalizadora en Brasil 283
Sandra Caponi

Parte 4. Salud pública, instituciones, discursos y prácticas

Construcciones territoriales y epistemológicas de la salud y el ambiente en retrospectiva 303
Marina Laura Lanfranco Vázquez

Un estudio sociocultural del alcohol: axiomas, problemas, potencialidades (Santa Fe, 1870-1930) 319
Paula Sedran

La problemática de la asistencia médica rural en la España franquista (1939-1966)	333
<i>Enrique Perdiguero-Gil, Eduardo Bueno, Josep Barcelo-Prats y Josep M. Comelles</i>	
Estrategias organizacionales y disputas gremiales en el Programa de Atención Médica Integral del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI-INSSJP) entre 1971-1973	353
<i>Valeria Natividad Almirón y Juan Pablo Zabala</i>	
La precarización alimentaria de la Argentina ante la pandemia de COVID-19	373
<i>Patricia Aguirre</i>	



Foto: Lewis Wickes Hine (1874-1940).
Joven trabajadora de 15 años con "deformidad postural". (Fragmento). Enero 1917.
National Child Labor Committee collection, Library of Congress, Prints and
Photographs Division.

Introducción

Debates que entrelazan la historia y el presente

Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti y María Silvia Di Liscia

¿Cómo interpelar la historia de la salud y la enfermedad? ¿Desde dónde hacerlo, cómo renovar los instrumentos para llevar a cabo esa tarea?

Intentando dar respuesta a estas preguntas, una pluralidad de problemas, abordajes y opciones metodológicas convergen en este libro, apoyado por distintos proyectos e instituciones¹, y a través de textos muy diversos. Así, los trabajos reunidos transitan por cuestiones que se integran a cuatro grandes núcleos temáticos, con aportes situados entre la última parte del siglo XIX hasta la historia reciente, teniendo su anclaje espacial en Argentina, Brasil, Chile, España, México y Uruguay.

Este libro se abre con una sección sobre “Vacunas y vacunación” vista en perspectiva histórica. Eje novedoso, por el prolongado letargo que su abordaje ha tenido en la historiografía argentina, en comparación con la estadounidense y/o europea. Sin duda, la pandemia de COVID-19, sacudió las dinámicas historiográficas, poniendo de relieve la escasez de trabajos e instalando una demanda académica y social por comprender aspectos de su producción, campañas, intereses económicos, debates médicos y políticos, entre un universo mayor que puebla las cuestiones que componen el pasado de las vacunas.

Millones de vidas han sido salvadas por las vacunas y las consecuentes campañas de vacunación y muchas enfermedades han sido controladas gracias a ellas, pero bajo ese halo triunfalista, se entretejen numerosas historias cruzadas por fracasos, especulación económica, reacciones sociales, indiferencia oficial y civil, que también formaron parte de esas realidades históricas. De allí entonces que, los trabajos aquí reunidos buscan entender —como sostiene Durbach (2005)— su irrupción en la

¹Proyecto D2603/19 del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). También recibió las colaboraciones institucionales del Área de Estudios Culturales de la Ciencia del Instituto de Cultura Jurídica, Facultad de Ciencias Jurídicas, Universidad Nacional de La Plata (ICJ-FC-JyS-UNLP); de la Facultad de Humanidades, de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP); del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, Universidad Nacional de Córdoba (CIECS-UNC-CONICET); del Instituto de Estudios Históricos y Sociales de La Pampa, Universidad Nacional de La Pampa-CONICET (IEHSOLP); y del Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús (ISCo-UNLa).

sociedad, ponderando la diversidad de factores que contribuyeron a sus éxitos y fracasos.

La producción historiográfica argentina poco ha transitado la problemática de la inoculación; sin embargo, es conocedora del crecimiento que ha tenido en otras latitudes y de los límites que experimentan las interpretaciones centradas en lecturas laudatorias. En este sentido, tras la pionera obra de Anne-Marie Moulin (1996) que despoja de imparcialidad a las campañas sanitarias de vacunación haciendo jugar factores económicos y geopolíticos, se ha abierto el camino a esquemas interpretativos que, sin cuestionar los logros objetivos, realizan un recorte más amplio que incluye desde los accidentes ocurridos con la administración de ciertas vacunas hasta la emergencia de ciertas resistencias sociales frente a campañas masivas de vacunación.

Desde esa perspectiva, este segmento no solo avanza en instalar la problemática en el escenario académico nacional, sino que lo hace dialogando con reconocidos especialistas extranjeros con gran trayectoria en esta temática.

De manera tal que en esta obra son objeto de análisis las políticas públicas vinculadas a la vacunación obligatoria —en especial, la antidiftérica— enlazándolas a las modificaciones sociales, técnico-médicas y culturales de Argentina sin olvidar a la comunidad receptora, la cual no es interpretada como pasiva.

También son objeto de atención la fabricación de sueros y vacunas a principios del siglo XX, pues se constituyó en un eje central del desarrollo de la bacteriología en el plano local con influencias muy marcadas de los centros científicos europeos y estadounidenses que atravesaron las fronteras de lo público y lo privado. Esta influencia se verificó también en la conformación de las instituciones ligadas a la investigación y desarrollo y en las carreras profesionales de los médicos involucrados en esta tarea.

En este sentido, y como parte del complejo problema vinculado a la producción, se avanza en algunos casos concretos como fueron las controversias sobre la vacuna Friedmann que, más allá de su efímera existencia, al ser presentada como un producto del Estado formó parte de la configuración del Estado como agente vacunador. Al mismo tiempo, las resistencias que se presentaron frente a la vacuna no fueron forjadas por la misma sociedad sino por la elite médica que puso el acento en las escasas pruebas científicas a pesar de los éxitos relativos obtenidos en Alemania y Hungría.

Si bien el cambio de técnicas en la producción de vacunas reconoce la frontera en la década de 1970, en las postrimerías de las llamadas “vacunas tradicionales” se dinamizaron las acciones de investigación, producción y difusión. Sin duda alguna, el descubrimiento de la vacuna contra la poliomielitis fue el hallazgo más valorado por los contemporáneos que veían a la niñez amenazada por una dolencia invalidante, que fue popularizada bajo el nombre de *parálisis infantil*. La fabricación era central para garantizar la provisión, pues los laboratorios de EEUU no daban abasto. Aunque no era una tarea fácil, el recorrido profesional del médico Florencio Pérez Gallardo (1917-2006) en España —entre 1958 y 1961— para desarrollar una vacuna contra la polio, al igual que lo hacían otros países europeos, cristaliza los problemas

políticos, logísticos, científicos y económicos, que surgieron durante su ejecución, y el papel desempeñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Pero la vacuna contra la poliomielitis puso sobre el tapete y en tensión otra cuestión vinculada a la seguridad de las vacunas, el control de calidad y los mecanismos de aprobación. El incidente Cutter, por vacunas defectuosas que terminaron propagando la enfermedad en una población sana, debido a que —por errores de procedimiento y escaso control de calidad— contenían cepas activas, es otro aspecto que se aborda en este texto, desde un hecho menos conocido, como fue el accidente masivo ocurrido en México en 1950, entre recién nacidos que habían recibido la vacuna antituberculosa. Este incidente se puede asimilar al drama de Lübeck, tal vez más conocido por haberse dado en uno de los países centrales que influiría en la decisión de vacunar en varios países (Moulin, 2003). Las preguntas que el trabajo realiza no apuntan a pensar el hecho como un error de laboratorio, sino que apuntan a indagar cuáles fueron las razones por las que los agentes internacionales y algunos investigadores mexicanos insistieron en llevar a cabo una experimentación con la vacuna BCG oral después de que se presentaran varios casos fatales con ella.

Mientras que para algunas vacunas la demanda era amplia, para otras la indiferencia fue la característica. La vacuna contra la gripe en 1968, en Argentina, es una muestra clara de que para entonces en este país estaba en construcción una cultura de la inmunización, proceso histórico que se venía conformando desde fines del siglo XIX y para entonces había avanzado mucho en los grupos etarios de menor edad. No obstante, faltarían algunas décadas para que este proceso incluyera a los adultos y adultos mayores (Hochman, 2011).

Sin duda alguna, estos trabajos podrán nutrir algunas de las múltiples explicaciones aún pendientes acerca de cómo se constituyó el establecimiento de una cultura de la inmunización global.

La segunda parte, “Eugenesia y sexualidades”, otorga insumos que fortalecen los estudios ocupados en mirar la gestión del binomio salud-enfermedad a partir de la eugenesia o “ciencia del cultivo de la raza” enunciada en la Inglaterra victoriana por Francis Galton. Y, desde ahí, profundiza en la legitimidad dada por esta disciplina al momento de determinar las sexualidades “normales” (o sanas) y las sexualidades “anormales” (o patológicas) (Canghilhem, 1966). En esta sintonía focaliza, además, sobre la subyacencia en la formulación eugenésica de postulados malthusianos (y luego también neomalthusianos), así como del denominado —no sin polémicas— “darwinismo social” (Girón Sierra, 2005). Conjugando, pues, la reaparición del principio de escasez con la reproducción selectiva de los “mejores”, se procuraba echar luz sobre la desincentivación de la procreación de los “inferiores”, o anormales, toda vez que ellos eran considerados como causantes de gastos inútiles a los Estados.

Sin embargo, las apropiaciones de la eugenesia —y de las tesis sobre las cuales se sustentó— serían muy disímiles en atención a los diversos contextos, circunstancia que condujo a una inicial recepción policroma que cobijó bajo su amparo desde la opción neomalthusiana adoptada por el anarquismo de comienzos del siglo XX hasta el criterio neoliberal que llega a la actualidad. No obstante, la escasez —leída desde aristas dotadas de evidentes intencionalidades opuestas— constituye el

denominador común que impregna la mirada planteada y queda reflejada en los textos aquí integrados, observándose en las indagaciones realizadas en todos ellos una sistemática apelación a la gestión de las sexualidades, definidas siempre, eso sí, desde el criterio de salud-enfermedad. A su vez, en este apartado también están presentes impostergables lecturas de género, las cuales, sin constituir el meollo de las propuestas reunidas, también ostentan suficiente envergadura, toda vez que la gestión del control/disciplinamiento de la sexualidad para la reproducción, denota claras diferencias sexo-genéricas (Foucault, 1976). Además, si bien son suficientemente destacadas ciertas reacciones ácratas a aquel disciplinamiento, queda claro que estas constituyeron, en general, una heterodoxia cuya fortaleza o debilidad estuvo determinada por cada ámbito sociopolítico. En el apartado se advierte, no obstante, una prevalencia de discursividades y praxis eugénicas de carácter coercitivo, las cuales —bajo una pretendida búsqueda del bien común, encarnado desde la óptica de la salud— permiten entrever las prioridades (no siempre explícitas) del poder. Un poder en el cual son reconocibles diversas expresiones que, aún en nuestros días, recuperan ideologías cuya continuidad llega, por ejemplo, hasta los recientes debates parlamentarios en los cuales se discutió la ley de interrupción voluntaria del embarazo en la Argentina. Al respecto, se destaca la pervivencia en el tiempo de anacrónicos mandatos orientados a organizar el “para qué” de la sexo-genitalidad, “quiénes” estarían dotados de autorización para reproducirse, y “de qué modo” deberían hacerlo. De esta manera, la obsesión del poder —considerado en su sentido más amplio, esto es, gubernamental, pero también religioso y económico— por anticiparse a los resultados de esa lucha por la vida darwiniana leída en clave social, no hizo más que reforzar —a modo de profecía autorrealizada— la sistemática exclusión (real, pero también simbólica) de quienes se aseguraba que saldrían perdidosos. Tarea en la cual la concepción estado-fóbica del neoliberalismo recoge el guante de una propuesta que, en realidad, siempre se mantuvo vigente; fundamentalmente en aquellos escenarios presididos por las más diversas y repugnantes jerarquizaciones humanas. Y, en esa clave, los aportes reunidos en esta sección confluyen en indagar la pervivencia de la eugenesia. Ahora bajo otros nombres, bajo otros velos.

La tercera parte, “Salud de la infancia y cultura física escolar”, nos coloca ante formas de abordar la historia de la salud y la enfermedad a través de diálogos con otros campos del saber que contribuyen a extender las miradas centradas en las instituciones médicas. En este sentido, la medicalización —que fue acrecentando sus alcances en el siglo XX— se ve aquí tensada por las particularidades que presenta la conformación de respuestas dirigidas a la atención de la infancia y a la educación del cuerpo.

Por un lado, la atención de la infancia nos remite a un despliegue inicial en la primera mitad del siglo XX, cuando nacieron las agencias internacionales creadas para ese fin, emergieron las figuras que lideraron esos espacios y se puso de manifiesto el rol cumplido por determinados Estados nacionales en la universalización de derechos del niño. En ese contexto, es en el que se afianzó un enfoque uruguayo de la salud infantil que dio particular relevancia al Código del Niño y a los nombres de

Luis Morquio y Paulina Luisi en el plano internacional. También ese campo da cuenta de la paralela afirmación de un cuerpo de ideas que, al abogar por los derechos de la mujer, en tanto madre, posibilitó una relación bifronte con el mundo de las ideas políticas y sociales. Porque, así como resultaba eficaz para canalizar demandas de grupos feministas consolidados, también servía para reforzar miradas patriarcales y regímenes que las convertirían en una importante bandera política, como lo haría el fascismo invocando la tutela de la maternidad y la infancia.

Pero, ubicado en una historia del tiempo presente, el problema de la atención de la infancia nos trae otras claves interpretativas para abordarlo. La tensión en torno a las formas de gestión diferenciadas que pudo representar su inclusión en un programa fascista o en otros basados en la expansión de derechos, se ve desplazada en el último cambio de siglo hacia la medicalización de la infancia dentro del neoliberalismo. Ese desplazamiento sería también el de un modelo que ponía el foco en la enfermedad para prevenirla, —y llegado el caso tratarla— a otro que se centra en la droga para suministrarla generalizadamente aun a niños carentes de patologías comprobables, como se analiza aquí que ha venido sucediendo y de una manera creciente en Brasil.

Por otro lado, la historia de la cultura física escolar es un campo que en los últimos años fue acentuando sus interacciones con la historia de los saberes biomédicos (Scharagrodsky, 2014), a partir de inquietudes que tematizaron el cuerpo y el disciplinamiento aplicado desde la infancia para obtener mayores rendimientos en esferas que podían integrar lo deportivo y lo racial. En tal caso, la escuela pasaba a ser un espacio para controlar y dirigir un correcto desarrollo de hombres y mujeres del mañana, y a tal fin se perfeccionó la formación de una figura —la del educador físico— que, a inicios del siglo XX, en países de la región como Argentina y Uruguay, queda indisolublemente ligada a un firme programa escolarizador. Historizar la institucionalización de aquella figura, permite reconocer la impronta de personalidades como Enrique Romero Brest, y también remite a las demandas que desde un positivismo pedagógico inicial fueron expandiéndose para reforzar las miradas médicas que lo alimentaban y añadir nuevos diálogos con las ciencias de la naturaleza que complementaron ese lugar de vacancia identificado en los contenidos escolares. En torno a la formación de educadores en la cultura física, confluirán los requerimientos para *aggiornar* la educación, a menudo volverla más heterónoma a las exigencias del mundo de las ideas, como lo haría la Argentina, particularmente, mirando a la Europa de entreguerras. Pero también en el Uruguay la formación de aquellos que con la educación de los cuerpos contribuirían a forjar el futuro de la patria, como se esperaba que hicieran, estuvo impregnada de ideas a las que su relación con la eugenesia llevó a subsumir la individualidad en el bien colectivo identificado en la raza. De ahí que educar al cuerpo tuviera funciones precisas, que del plano anatómico y fisiológico se desplazaban al terreno social y poblacional, puesto que tras su cuidado estaba tanto el de la fecundidad custodiada con relación al gasto generado por la actividad física, como también el de la belleza que preanunciaba el advenimiento de una raza superior.

Así, en este apartado, la infancia dialoga con miradas médicas con las que participa de los distintos lugares que le fueron atribuidos: como sujeto de derechos,

como parte de una reivindicación patriarcal junto a la madre, como arcilla para modelar la raza futura educando su cuerpo, o bien como objeto de una medicalización generalizada.

La cuarta parte, denominada “Salud pública, instituciones, discursos y prácticas”, dialoga en clave histórica sobre temáticas actualmente en debate, donde intervienen subdisciplinas que ostentan desde el pasado las diversidades historiográficas. Así, las ciencias jurídicas exploran con una mirada crítica las reglamentaciones sobre la confusa urbanización y el control higiénico en el “glorioso” cambio de siglo rioplatense. Las teorías miasmáticas, supuestamente descartadas por un paradigma científico centrado en la bacteriología, vuelven al ruedo, sobre todo en el ámbito bonaerense. ¿Es posible entonces referir a un “protoambientalismo”? El interrogante permite recapacitar sobre los cruces e intercambios teóricos respecto a la regulación del ambiente.

También una nueva apertura se observa en el tratamiento de las fuentes. Los artículos de esta cuarta parte incorporan las posibilidades de documentos archivados, por ejemplo, en repositorios policiales y recogidos también por la prensa periódica. La historia social explora ya hace décadas ese movimiento en pos de los “de abajo”, para narrar sus penas y sufrimientos. En el caso de la Provincia de Santa Fe en las primeras décadas del siglo XX, las instituciones estatales encargadas de hacer obedecer la ley registran las consecuencias del abuso del alcohol como parte de sus quehaceres cotidianos. La intoxicación alcohólica en clave discursiva es un pretexto para introducir la percepción social de la ebriedad que, más allá de la evasión individual y del descontrol, permite aceptar tales conductas.

Las valoraciones sobre la profesión médica son parte de aportes ya clásicos (Perdiguero Gil & Comelles, 2020) y cuyas reflexiones merecen nuevamente aparecer en este texto en virtud de las posibilidades comparativas con los países latinoamericanos. A partir de la propuesta para realizar un monumento al médico rural en la España franquista, asoman las calificaciones sobre el perfil profesional, en pos de una visión idealizada. Se construye una imagen misional del médico generalista y de sus múltiples afanes que reciben escaso apoyo público para extender la ciencia médica en el ámbito rural. Los mismos protagonistas, dibujados como héroes abnegados, también son profesionales en busca de una clientela, que negociaban tanto con sus pacientes como con otros sistemas médicos para sobrevivir.

A finales del siglo XX, la problemática constitución de sistemas de atención médica para determinados conjuntos de la población argentina está en el centro del escenario de sociólogos e historiadores de la salud. Las posibilidades analíticas planteadas por Belmartino (2005) hace ya tiempo, abrieron el campo de estudio de las polémicas obras sociales, donde intervienen el Estado, sindicatos y, también, los trabajadores jubilados. Más allá del análisis de los gobiernos de facto, con su cuota represiva, el nuevo organismo de alcance nacional se organiza en razón de una supervisión técnico-autoritaria. El PAMI (Programa de Atención Médica Integral) y sus instituciones conexas se corresponden no solo con el pasado de los convulsos años setenta, sino que se insertan en el presente. Fueron y son también piezas relevantes de una plataforma electoral donde se impone la atención sanitaria y previsional, en una sociedad progresivamente avejentada.

Similar situación relacionada con el presente es la que se observa sobre la alimentación durante la pandemia de COVID-19. Es evidente que las pautas previstas para evitar el contagio —el aislamiento y la cuarentena—, así como la misma enfermedad, impactan de manera diferencial a nivel social. Las teorías sobre transiciones epidemiológicas, acerca de las cuales existe una abundante bibliografía (Gómez, 2001), deberían incorporar el concepto de “sindemia” que más allá de la enfermedad, da cuenta de los factores concomitantes e intervinientes en relación con la salud. La nutrición pertenece a estos de manera esencial, y una revisión crítica en la actualidad, revela las oportunidades para resolver tanto la penuria y escasez como la mala calidad y la abundancia.

Finalmente, esperamos que este texto, como muchos otros que se escribieron durante la pandemia, constituyan insumos para nuevas reflexiones relativas a las posibilidades de narrar aspectos de la enfermedad y la salud, inclusivos aunque excedentarios de Latinoamérica y España, donde las historias no son solo cuestiones del pasado, sino que adquieren un sentido particular en el presente.

Bibliografía

- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX: Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Corbin, A.; Courtine, J.; Vigarello, G. (dirs.) (2005-2006). *Historia del cuerpo*. 3 Tomos. Madrid: Taurus.
- Canghilhaem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. París: PUF.
- Durbach, N. (2005). *Bodily Matters: The Anti-Vaccination Movement in England, 1853-1907*. Durham: Duke University Press.
- Foucault, M. (1976). *L'Histoire de la sexualité. 1. La volonté de savoir*. París: Éditions Gallimard.
- Girón Sierra, Á. (2005). Darwinismo, darwinismo social e izquierda política (1859-1914). Reflexiones de carácter general. En: Miranda, M.; Vallejo, G. (comp.). *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, p. 23-58.
- Gómez A., R. (2001). La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, v. 19, n. 2, p. 57-74.
- Hochman, G. (2011). Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 2, p. 375-386. doi: 10.1590/S1413-81232011000200002.
- Moulin, A. M. (1996). Introduction. L'aventure humaine de la vaccination. En: Moulin, A. M. (dir.). *L'aventure de la vaccination*. París: Fayard. p. 11-37.
- Moulin, A. M. (2003). A hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenómeno histórico. *História Ciências Saúde-Manguinhos*, v. 10, supl. 2, p. 499-517. doi: 10.1590/S0104-59702003000500004.
- Perdiguero-Gil, E.; Comelles, J. (2020). El estudio del pluralismo médico en España: una aproximación histórica. En: Cuadrada, C. (ed.). *Pluralismo médico y curas alternativas*. Tarragona: URV, p. 7-50.
- Scharagrodsky, P. (comp.) (2014). *Miradas médicas sobre la cultura física en Argentina, 1880-1970*. Buenos Aires: Prometeo Libros.



Foto: Lewis Wickes Hine (1874-1940).
Joven de tercer año de secundaria en el laboratorio químico. (Fragmento). Octubre 1921.
National Child Labor Committee collection, Library of Congress, Prints and Photographs
Division.

Parte 1

Vacunas y vacunación



Foto: Lewis Wickes Hine (1874-1940).

Joven de tercer año de secundaria en el laboratorio químico. (Fragmento). Octubre 1921.
National Child Labor Committee collection, Library of Congress, Prints and Photographs
Division.

Políticas de vacunación y debate histórico: El control de la difteria en Argentina

*María Silvia Di Liscia*¹

Introducción

¿Si la viruela, sensible en otras épocas, ha desaparecido merced a la vacunación obligatoria, por qué, disponiendo de una vacuna eficaz no ha de hacerse lo mismo con la difteria? Actualmente perdemos un gran tiempo en convencer a la gente sobre la ventaja de la vacunación.
(Olivieri, 1939, p. 28)

En este ruego de Enrique Olivieri se deja entrever la impaciencia no solo de quien era por entonces director del Cuerpo Médico del Consejo Nacional de Educación. También se expresaban así un conjunto de profesionales que pugnaba por la aprobación de una ley obligatoria de vacunación antidiférica. Olivieri establecía de manera contundente dos cuestiones: que la inmunidad obligatoria había erradicado la enfermedad y la renuencia de los médicos en volcar a su favor a indecisos u opositores con argumentos plausibles.

La primera era discutible ya que a finales de la década de 1930, Argentina estaba aún en proceso de controlar la viruela, tal como hemos analizado (Di Liscia, 2021). Y en la segunda emergen las dificultades del discurso médico que deseaba modificar, con soberbia, las conductas del “vulgo”, de la “gente”. Así, hay entonces una enorme escisión entre colocar vacunas, que se considera un asunto técnico-médico, y generar su aceptación, situación que no es solo científica, sino también ética y social.

La inmunidad, a nivel biológico y humano, es un fenómeno aún desconocido en su totalidad. La acción preventiva a través de agentes artificiales, si bien resulta en general beneficiosa, acumuló a lo largo del tiempo evidencias de reacciones iatrogénicas que una vez conocidas se pueden evitar. Pero a la vez, cada vez que se conocen, no siempre desalojan los reparos, sino que parte de la población reitera nuevamente importantes argumentos en contra de la vacunación. En Reino Unido, Francia y EEUU, por considerar solo algunas naciones considerablemente avanzadas a nivel sanitario y científico, las disputas en torno al éxito de la medida estuvieron mediadas por debates rípidos en relación con la “libertad vacunal” (Bertrand y Torny, 2004, p. 3). Incluían también cuestiones referidas al presupuesto y a las exigencias y necesidades del sistema público, además de otras cuestiones religiosas y filosóficas.

¹Doctora en Geografía e Historia. Profesora Titular, Universidad Nacional de La Pampa, Argentina. Profesora contratada, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

El control de varias enfermedades infecciosas, estudiado en un contexto global, permite observar regularidades y contrastes. En América Latina, desde principios del siglo XIX, las autoridades sanitarias se habían movilizado periódicamente para combatir los brotes epidémicos. Y ya en el siglo XX, las agencias nacionales aplicaron medidas modernas de salud pública, con el creciente potencial científico y técnico de la salud pública y la medicina (Birn, Yogan & Holtz, 2009).

La difteria, por sus características nosológicas, fue la primera enfermedad humana donde se desarrolló el programa de la medicina bacteriológica, con la experimentación en laboratorios². Incluía la detección de un microbio patógeno, un tratamiento biológico (el suero de animales hiperinmunizados) y una prueba de reconocimiento de sensibilización (Test de Schick). El empleo de una vacuna utilizada a partir de 1923 disminuyó la incidencia de la difteria en más del 70% en todo el mundo (Rodríguez Ocaña, 2007).

Las vacunas —como indica Blume (2017)— constituyen un tipo particular de tecnología médica, como otras ya experimentadas (purificación del agua, suplementos vitamínicos). Se trata de dispositivos que mejoran nuestras posibilidades de supervivencia en caso de epidemias o endemias —tanto a nivel individual como colectivo— pero, por supuesto, no son los únicos para lograrlo. Historizar la vacunación significa reflexionar también sobre las lógicas respecto a las sucesivas campañas. Por ejemplo, se podría pensar que, en Francia, Reino Unido o EEUU, donde se distribuía la anti-variólica desde principios del siglo XIX, se podría haber adaptado ese sistema al de los sueros y las vacunas antidiftéricas cien años después, pero no fue así. Es más, las estrategias públicas frente a estas formas desconocidas de inmunización tuvieron que sortear nuevos obstáculos, demostrándose así que la vacunación seguía siendo impopular (Blume, 2017)³.

Como se ha planteado también respecto a la viruela, determinados colectivos religiosos o antiliberales se opusieron a lo que consideraban una intromisión en sus decisiones individuales o colectivas, situación que se puede observar en México y Brasil⁴. En Colombia, el sector público contuvo los argumentos en contra de la vacunación frente a un incidente grave en 1930. Se trató de un accidente iatrogénico, con la aplicación deficiente de vacunas antidiftéricas contaminadas que infectaron a cincuenta niños y condujeron a la muerte a quince de ellos. Sin embargo, y quizás

²Esta enfermedad infecciosa aguda, denominada con anterioridad *crup* o *garrotillo*, es causada por la exotoxina AB que se introduce en el bacilo *Corynebacterium diphtheriae* (bacilo de Klebs-Löffler). Este microorganismo forma una pseudomembrana en el tracto respiratorio alto, acarreado obstrucción respiratoria, miocarditis y complicaciones neurológicas. La infección puede llevar al deceso rápido del enfermo; se contagia de persona a persona y por aire y resulta común en la primera infancia (WHO, 2018).

³Ver una síntesis sobre el proceso global en Holmberg, Blume y Greenough (2017).

⁴En México, se desató una importante resistencia popular frente al Test de Schick para medir la inmunidad frente a la difteria, impuesto en 1926 por decreto presidencial y fue de tal magnitud que en 1927 se dio vuelta atrás (Agostoni, 2008). Si bien no se trató de un movimiento organizado antivacunas, como existió en otras naciones, y se vincula con la particular contienda civil y religiosa mexicana, nos permite comprender las dificultades del colectivo médico profesional por imponer de manera autoritaria aspectos vinculados con la inmunización. En Brasil, la ley de obligatoriedad de la vacuna antivariólica provocó la conocida “*revolta da vacina*” en 1904 donde salieron a la luz también las tensiones frente al gobierno carioca, la centralización sanitaria y la imposición higiénica a diversos sectores sociales (Fernandes, 1999).

porque los niños eran huérfanos, no hubo una reacción popular masiva en contra de la medida (García, 2012).

En el caso de Argentina, el Departamento Nacional de Higiene estuvo al frente de las políticas sanitarias con eje en el control epidémico, aunque otras agencias sanitarias se disputaron su ejercicio en las provincias y Territorios Nacionales, sobre todo antes de 1940⁵. Entre 1903 y 1941, la vacunación antivariólica constituyó una de las principales medidas y la bandera bajo la cual se agrupó un núcleo de profesionales, conscientes que la inclusión del país en las naciones más avanzadas implicaba avanzar en ese sentido⁶.

En tal sentido, las transformaciones microbiológicas y sanitarias a nivel internacional movilizaron al Departamento Nacional de Higiene, quien promovió la inversión en recursos e infraestructura vinculada directamente con la inmunización. La producción de sueros y vacunas se corresponde con el surgimiento y consolidación del Instituto Bacteriológico, organismo situado en la Capital Federal y dependiente del Departamento Nacional de Higiene, que tenía dos lógicas diferentes y superpuestas: por un lado, la investigación ligada a enfermedades y en consecuencia a las políticas sanitarias; por otro, a la producción de agentes terapéuticos y preventivos (Zabala y Rojas, 2021).

El Instituto también fabricaba otros sueros y vacunas como los del tétanos, el tifus, la rabia y la influenza, pero su distribución obedecía a brotes epidémicos o endemias; y no tuvieron el carácter de obligatoriedad de la vacuna antivariólica primero y con posterioridad, de la antidiftérica.

En este trabajo, queremos profundizar sobre estos últimos aspectos de manera conjunta y a través de una historización sobre las políticas públicas vinculadas a la vacunación obligatoria, en especial, antidiftérica.

Por un lado, se analiza el proceso de imposición de la vacunación, vinculado a grandes rasgos a la extensión de políticas sanitarias con sentido autoritario y vertical, que a su vez responden a las modificaciones sociales, técnico-médicas y culturales de Argentina. Por otro lado, se interpretan los sentidos y razones que guiaban a quienes se resistían a generar esa inmunidad a través de la aplicación de un producto extraño, ingresado en sus cuerpos.

El foco está centrado en Argentina desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, a través de tesis doctorales de médicos (existentes en la Universidad de Buenos Aires), documentación de agencias estatales (pertenecientes al Departamento Nacional de Higiene y el Consejo Nacional de Educación)⁷. También se con-

⁵Las provincias históricas, organizadas antes de 1884, eran Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba, Mendoza, San Juan, Catamarca, La Rioja, San Luis, Salta, Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero, Corrientes, Entre Ríos y Tucumán. En 1884 se organizaron los Territorios Nacionales luego de cruentas campañas militares contra comunidades indígenas autónomas, que se denominaron Territorio Nacional de La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego, de los Andes, de Misiones, Chaco y Formosa y se provincializaron a lo largo de la segunda mitad del siglo XX.

⁶Entre los principales gestores podemos citar a Carlos Malbrán, José Penna, Gregorio Aráoz Alfaro y Miguel Sussini (Di Liscia, 2021).

⁷Sobre el Departamento Nacional de Higiene, ver Biernat, (2015); Di Liscia, (2021); Veronelli y Veronelli Correch (2004). Sobre el Consejo Nacional de Educación, ver Di Liscia y Lionetti (2021). Con relación al período histórico, ver Lobato (2000) y De Privitellio (2001).

sultó el repositorio digital de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) e información proveniente de la prensa en general.

De la serología a la vacunación

Entre 1877-1890, numerosas tesis médicas daban cuenta de esta patología mortal — la difteria— en casi la mitad de los pacientes que llegaban a Buenos Aires a la Casa de Aislamiento o a la Casa de Expósitos. Dada la rápida infección de las vías respiratorias, los médicos utilizaban también en casos desesperados el entubamiento y la traqueotomía con poco éxito, porque si los enfermos, generalmente, infantes, sobrevivían, debían afrontar infecciones en una era anterior al uso de antibióticos. En 1877, José Ayerza indicaba entre los posibles tratamientos el quirúrgico, dado que “la terminación más frecuente del crup, abandonado a los solos esfuerzos de la naturaleza, es indudablemente la muerte y de este modo la terminación persiste a pesar de los tratamientos sabiamente instituidos” (Ayerza, 1877). Tanto en este futuro médico como en otros predominaba aún la consideración de enfermedades bajo el sistema galénico, y los “tipos” linfáticos, es decir, con una debilidad constitucional, parecían más proclives al contagio que otros (coléricos, sanguíneos o flemáticos). A la vez, las terapias se orientaban a eliminar con topicaciones los “saprófitos” o bacterias, organismos diminutos que provocaban la enfermedad. Así, las gargantas sufrientes eran inyectadas o limpiadas con sulfitos, sulfatos, percloruro de hierro, permanganato de potasio, cloro, ácido sulfuroso (De la Serna, 1880). Al diftérico le aplicaban sangrías, astringentes, disolventes y vomitivos, para tratar de librarlo mecánicamente de las membranas farinolaríngicas que le impedían respirar. Pero esos remedios tanto servían en algunos casos como eran inútiles en otros, sin que el médico pudiese más que describirlos minuciosamente, destacando medidas, aplicaciones y formas de uso para aliviar al paciente de lo que consideraba una muerte segura y terrible (Mason, 1887).

En 1889 ya están presentes en las lecturas médicas las entonces novedosas teorías bacteriológicas, estimuladas a nivel local en la enseñanza de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires y puestas en práctica además en el, por entonces, recién inaugurado Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública. Diego Lima, si bien proponía el mismo sistema terapéutico que sus colegas, incorporaba imágenes de la difteria e indicaba medidas de desinfección preventivas en las casas y conventillos porteños, como era usual para otras epidemias de alto contagio (Lima, 1889). Zapata incluía —un año después— similares medicamentos, a través de gargarismos, topicaciones e irrigaciones en la garganta, y purgantes y vomitivos para expulsar las membranas. Entre las novedades se presentaba la prueba numérica, es decir, una estadística que afirmaba alta mortalidad, sobre todo infantil y también una insistencia en la necesidad de mejorar la higiene de los sectores menos favorecidos, a quienes no se atendía en la Casa de Aislamiento de manera adecuada (Zapata, 1890).

Ahora bien, todos estos registros médicos argumentaban preocupados una alta mortalidad en la Capital Federal. En los recuentos estadísticos, la difteria fue una

de las principales causas de mortalidad infantil. En 1887, para toda la provincia de Buenos Aires, dentro de 3.420 defunciones, 752 se debían a esta causa. Por entonces, la mortalidad más grave correspondía a otra grave epidemia, la viruela, que ese año acumuló 1.546 muertes, más de la mitad de las defunciones totales (Dessein, 1887).

Cinco años después, el tratamiento de la enfermedad dio ciertamente un vuelco en algunos aspectos determinantes, así como se enfatizó la magnitud de la enfermedad por medio de las estadísticas médicas. Este proceso obedece a la influencia central de agencias como la Asistencia Pública y el Departamento Nacional de Higiene, con el desarrollo conexo de la salud pública y la bacteriología. A la vez, asume un rol cada vez más determinante una generación preocupada por la experimentación y el uso de técnicas de laboratorio novedosas, a través del Instituto Bacteriológico Nacional.

Entre 1895-1898, tres tesis doctorales incorporan como tema central la difteria, pero no se limitan a describir las complicaciones y las terapias de la enfermedad, sino que apuntan a la aplicación de los sueros, tanto de fabricación nacional como importados. José Penna, por entonces director de la Asistencia Pública, el principal organismo sanitario público de la Capital Federal, fue “padrino de tesis” de dos de ellas: la de Tristán Lobos en 1895, y la de Horacio Madero en 1898. Con este último médico, Penna escribiría posteriormente una obra fundante de la salubridad (Penna Madero, 1910; I y II). La otra tesis a la que aludimos fue la de Juan Carlos Delfino, también defendida durante ese año, y cuyo tutor fue el reconocido higienista Telémaco Susini. Estas publicaciones de futuros médicos se enmarcan decididamente en el paradigma pasteuriano, que confluye en el escenario nacional con un peso mayor para la higiene social y se despliega por todo el territorio nacional. De acuerdo a Zabala y Rojas (2020), a finales del siglo XIX se consolidan dos “culturas bacteriológicas”: una, en el Instituto Pasteur dirigido por Louis Pasteur (1822-1895) en París; y otra, en el Laboratorio Bacteriológico de Berlín, dirigido por Robert Koch (1843-1910)⁸.

Lobos, quien era también practicante y vacunador, organizó su trabajo a partir de las experiencias de Louis Pasteur de 1873, y de otros bacteriólogos alemanes y franceses (en especial, Löffler, Behring y Kitasato, y Roux y Yersin). Se trataba de publicaciones recientes, de gran circulación entre los interesados en las prácticas de laboratorio innovadoras. Se indicaba que la “seroterapia es la conquista del día” (Lobos, 1895, p. 22) y un medio eficaz de combate de la difteria y sin efectos adversos en el organismo. Como también lo harían Madero (1898) y Delfino (1898), estos futuros médicos relataban el cambio casi instantáneo de los pacientes una vez inyectado el suero, que permitiría afirmar su carácter “milagroso”. Se desvanecían otras prácticas de desinfección o medidas terapéuticas colaterales, utilizadas décadas antes, ya que la bacteriología era el centro del entusiasmo e interés, como disciplina verdaderamente revolucionaria.

⁸Esta guerra a los microbios en Francia tuvo un papel político significativo, en la medida que se construye un mundo oculto, de microbios, que puede explicar todo el contenido de las enfermedades y así, la ciencia se transforma en parte central del ordenamiento social de la higiene (Latour, 1993). Para el caso argentino (Armus, 2000).

Pero si bien el suero antidiftérico constituía un avance ya que la antitoxina confería cierta protección contra la enfermedad, era solo por un tiempo relativamente corto⁹. Además, solo era eficaz en un 10% de los casos y, para ello, era preciso colocar dosis altas del producto de manera inmediata. Por lo tanto, faltaba aún para controlar la enfermedad, de carácter agudo sobre todo entre los niños. El siguiente paso fue el desarrollo de un método de inmunización activa, a través de las investigaciones primero de Behring y luego de Bela Schick y en 1924, las investigaciones del Instituto Pasteur sobre la “anatoxina” permitieron la fabricación de un producto más seguro para vacunar (Simon, 2007).

Ya a principios del siglo, Schick había estabilizado una prueba, conocida como Test de Schick, utilizada en Reino Unido hacia 1922 por primera vez y estandarizada por la Comisión de Higiene de la Sociedad de las Naciones en 1930 (Rondón, 1943). Era relativamente fácil de aplicar a través de una inyección subcutánea y permitía comprobar la inmunidad, o no, frente a la difteria.

Como indicamos, la aplicación terapéutica del suero antidiftérico permitía actuar en la infección aguda, pero no era una medida preventiva; la difteria siguió durante las décadas siguientes cobrándose muchas vidas. Entre 1911-1915, por cada 100.000 habitantes, un 15,9 había muerto por esta causa. Entre 1916-1920 había disminuido a 11,6; entre 1921-1925, a 7,4. Pero entre 1926-1930, esa cifra se había estancado (7,6/100.000 habitantes) y entre 1934-1935, había aumentado a 9 (en Luque, 1941)¹⁰. Por entonces, un preocupado médico indicaba:

Diríamos, a juzgar por estas estadísticas, que la terapéutica específica por la antitoxina ha dado ya todo lo que de ella es dable esperar y, que si queremos rebajar aún más nuestras cifras de mortalidad, todavía altas, deberemos echar mano del otro recurso que nos queda, que es la inmunización activa mediante la vacunación. Esta se encuentra actualmente en plena etapa de desarrollo, y sus beneficios solo llegan a una minoría de nuestros niños, pero esperamos que no han de pasar muchos años sin que su generalización tenga lugar. (Luque, 1941, p. 16)

En las estadísticas citadas anteriormente se advertían sus efectos positivos, pero también el estancamiento y cierto retroceso. En 1923, en una destacada reunión de expertos, el Departamento Nacional de Higiene impulsó un proyecto de Ley de Sanidad Nacional que incluía la profilaxis de la difteria entre las enfermedades infectocontagiosas (Conferencia Sanitaria Nacional, 1923). La legislación no se aprobó, pero ese mismo año la vacunación antidiftérica ya había comenzado a utilizarse. Las campañas de vacunación se repitieron en diferentes puntos del territorio nacional;

⁹De acuerdo a Blume (2017), los investigadores gradualmente llegaron a entender la diferencia entre inmunidad pasiva y activa. Como síntesis, los anticuerpos introducidos en el cuerpo desde el exterior proporcionan inmunidad de corta duración, pero si el cuerpo pudiera ser estimulado para producir los anticuerpos, la inmunidad activa resultante persistiría por mucho más tiempo.

¹⁰El país pasó de 3.954.910 habitantes, en 1895, a 7.996.467, en 1914. En 1947 contaba con 15.893.827 de personas (Di Liscia, 2021).

solo en la Capital Federal se había inmunizado con acuerdo de los padres a más de 100.000 niños entre 1924-1939 (Olivieri, 1939). Aun así, seguía siendo insuficiente, dado que era necesario superar el 70% de vacunados para controlar la enfermedad (Rodríguez Ocaña, 2007).

La generalización de la vacunación se unió a una tendencia a la medicalización más activa de madres gestantes, bebés y niños pequeños. En la década de 1930 se detectó una limitación en los nacimientos, unida a la mortalidad infantil que si bien descendía era aún fuente de preocupación. Esta preocupación se enraizaba con la eugenesia, y como observamos, gestó una impronta institucional pública centrada en la atención maternoinfantil (Di Liscia, 2008; Miranda, 2019). En 1908 se había creado, dentro de la Asistencia Pública, la Dirección para la Protección de la Primera Infancia que treinta años después tenía a su cargo en la Capital Federal cerca de 25 instituciones dedicadas al cuidado médico maternoinfantil (Di Liscia, 2002). En 1936, se avanzó un paso más, con la sanción de la Ley nacional 12342, “destinada a la protección sanitaria y social de la madre y el niño desde el diseño de instituciones de tutela nacionales, con los fines de combatir los altos índices de mortalidad infantil”. El Departamento Nacional de Higiene estaba entonces bajo la dirección de Miguel Sussini, quien junto a otros médicos propuso la sanción de esta normativa (Biernat, 2015, p. 73).

Además de esta institución de alcance nacional, existían otras organizaciones de asistencia social, aunque fragmentarias, en hospitales y maternidades donde coincidían aportes de diferente orden, tanto estatal como de organizaciones religiosas y benéficas. En la Capital Federal se implicó a médicos de renombre y a instituciones nuevas con ese interés y función; por ejemplo, en 1935 se creó en la Capital Federal el Instituto de Pediatría y Puericultura, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires (Di Liscia, 2002).

Sin duda, existía un “clima de época” más fecundo para frenar una enfermedad que, si bien podía afectar durante toda la vida, era muy contagiosa y de alta mortalidad en la primera infancia. En el caso argentino, la vacunación antidiftérica se inició en 1923 en las escuelas de niños débiles (Olivieri, 1939). Dos años después, el pediatra Florencio Bazán indicaba su aplicación en asilos de la Capital Federal. Previamente se midió la inmunidad a 2.675 niños con el Test de Schick, que dio como resultado un 32% de positivos. La vacunación se realizaba a través de la Sección Escolar e Infantil del Departamento Nacional de Higiene (Crónicas. Difteria, 1932).

En 1931, nuevamente otra epidemia con alta mortalidad impulsó la vacunación, sin aplicación previa del test de Schick y con el uso de la anatoxina. La Asistencia porteña inició una campaña sistemática con un lema idéntico al de Nueva York: “No más difteria para Buenos Aires para el año 1933”. Se citaban para esa ciudad argentina, que tenía el mayor número de instituciones sanitarias y médicos del país, 400 defunciones por difteria en 1931 (Crónicas. Difteria, 1931). Y aunque estas cifras preocupaban, la vacunación disminuyó en vez de aumentar: en el año siguiente y a pesar de la campaña, se pasó de 4.313 niños vacunados en 1931 a solo 995 en 1932 (Crónicas. Difteria, 1935).

En 1931, el médico Raúl Cibils Aguirre indicó la necesidad de establecer la medida como obligatoria junto a 31 facultativos de los 50 consultados de la Sociedad Argentina de Pediatría, quienes se habían manifestado de acuerdo en una encuesta. Se presentó ante el Congreso Nacional un proyecto en 1932 que, como veremos, tardó casi una década en aprobarse (Crónicas. Difteria, 1935). La difteria era igualmente grave en otras ciudades. En Mendoza, en 1932 se mencionaba una mortalidad de 2,5/100, indicando que no había un lugar donde internar a los enfermos. El tratamiento profiláctico era la desinfección de las viviendas y la inmunidad pasiva de los expuestos al contagio de forma esporádica. En Bahía Blanca, ciudad portuaria de la provincia bonaerense, se citaban epidemias anteriores. En diez años —1920 a 1930—, se registraron 128 muertos menores de siete años por difteria de un total de 174 (Crónicas. Difteria, 1932). En la capital de Córdoba se informaba una elevada mortalidad (7,5/100 mil habitantes) entre 1924-1933, con 168 muertes por esa causa. Tomás Villafañe Lastra, destacado médico y director del Hospital Rawson en esa ciudad, indicaba la necesidad de vacunar para disminuir las epidemias sistemáticas (Crónicas. Difteria, 1936).

Paulatinamente y en distintos puntos de la geografía nacional se afirmó la noción de que la vacunación, para ser efectiva, debía implicar la coacción.

De las provincias y en la nación: compulsión y vacunación

La medida se aprobó como obligatoria primero en las provincias y luego, a nivel nacional. En 1933 se decretó en San Juan (San Juan, 1933); y en 1936 se requería en las provincias en Entre Ríos, Córdoba y Mendoza (Crónicas. Difteria, 1936). En 1939, en Tucumán y Santa Fe. Primaba entonces una fragmentación de iniciativas tendientes a solucionar las epidemias en las provincias más afectadas, con el despliegue de las preocupaciones de los gobiernos provinciales. Tal cuestión pone sobre el tapete la situación jurisdiccional sanitaria en el país, con anterioridad a la centralización que fue producto de una modificación político-institucional (Biernat, 2015).

El peso de las instituciones educativas era importante para la ejecución de la medida, salvo en San Juan donde no encontramos menciones (San Juan, 1933). En Mendoza, la legislatura provincial declaró obligatoria la vacunación para niños de uno a 12 años y facultó a la Dirección General de Salubridad para coordinar con las distintas dependencias oficiales médicas, los dispensarios municipales, instituciones sanitarias subvencionadas por el Estado y el cuerpo médico escolar. Se prevenía resistencia de la población ya que serían multados los padres, tutores o encargados de los niños que no permitiesen la vacunación (Mendoza, 1936). Por entonces gobernaba Guillermo Cano, del Partido Demócrata Nacional (un desgajamiento del Partido Autonomista, de cuño conservador), quien había sucedido, en el marco del quiebre constitucional, al sector lenicista.

En Tucumán se estableció la obligatoriedad de la vacunación antidiftérica en todos los establecimientos de educación primaria y en hospitales y enfermerías de los ingenios azucareros y demás establecimientos industriales y en instituciones

que recibieran subsidios estatales, como dependencias municipales, el Consejo de Higiene y asociaciones de beneficencia. La medida incluía a niños de uno a 14 años (Tucumán, 1939). Por entonces, gobernaba Miguel Campero de la Unión Cívica Radical, quien con anterioridad había impulsado una legislación de protección infantil, entre otras medidas (Fernández, 2017).

En Santa Fe, los brotes epidémicos de difteria se iniciaron en 1914 y se repitieron en 1935 en la capital santafecina, en un barrio denominado “El Pozo”, donde habían muerto muchos infantes, llevados tardíamente al hospital. De acuerdo a la prensa, ante la peligrosidad de la enfermedad, los ocupantes de las precarias viviendas fueron obligados a vacunarse, con intervención policial (*El Litoral*, 23 de mayo de 1935, s/p.). Por entonces, la Ley no era obligatoria, por lo que podría haberse cuestionado el uso de la fuerza pública, pero este diario de amplia circulación en toda la provincia de Santa Fe no aludió a tal circunstancia. Pero cuatro años después de estos hechos se indicaban varias cuestiones interesantes que nos permiten tomar el pulso a la complejidad del proceso: en primer lugar, la presión del Consejo Nacional de Educación en todo el país y no solo en la provincia; en segundo lugar, la oposición de médicos para quienes la vacuna carecía de eficacia (*El Litoral*, 25 de abril de 1939).

El Litoral aludía a que el público aceptaría inmunizarse si hubiese disponibilidad, abundancia y calidad de las vacunas, que debían ser suministradas por el Departamento Nacional de Higiene o bien, por laboratorios locales. Y además indicaba que era “deber de los Estados ricos y progresistas como el nuestro asegurar a su población un mínimo de seguridades, contribuyendo al orden nacional” (*El Litoral*, 25 de abril de 1939, s/p.). La ley de obligatoriedad no era imprescindible si se contaba con vacunas, se hacía una campaña de divulgación sobre sus ventajas y de esa manera “no sería resistida” por la mayoría de los padres para sus hijos, “como sucede con la antivariólica” (*El Litoral*, 25 de abril de 1939). Esta última era obligatoria para Capital Federal y los Territorios Nacionales desde 1903; las provincias como Santa Fe paulatinamente accedieron a vacunar sin que se modificara la legislación nacional e incluyera a todo el territorio nacional.

Paralelamente, el legislador y médico Fernando Ramírez había presentado en el Senado santafecino un proyecto, aprobado en 1939, sobre la obligatoriedad de la vacunación antidiftérica que hacía recaer la responsabilidad en “padres, tutores o personas que tengan menores a su cuidado o servicio”, los multaba con montos de entre 20 a 50 pesos, y a la vez exigía presentar el certificado ante los establecimientos educacionales provinciales. Se establecía que la medida era gratuita, y debía ejecutarse a través de los organismos provinciales, con suministros de estos o del Departamento Nacional de Higiene (Santa Fe, 1939)¹¹.

La aparición más temprana de la obligatoriedad en provincias históricas obedecería a varios factores: altas tasas de mortalidad epidémica y mayor sensibilidad por limitarse en particular a la infantil, ya que esta era una enfermedad de mayor

¹¹Gobernaba por entonces la provincia Manuel de Iriondo, perteneciente a la Unión Cívica Radical anti-personalista, que había sido ministro de Justicia e Instrucción Pública a nivel nacional en 1932, durante el golpe de Estado del General Agustín P. Justo (Piñeiro, 2007).

aparición en los primeros años de vida. También ponía en debate la existencia de espacios concretos donde se fabricaban sueros y vacunas, que hacían posible cierta independencia de los organismos nacionales en la ejecución de la legislación, o bien, obligaba a centralizar su producción y distribución en organismos oficiales, como el Departamento Nacional de Higiene y el Instituto Bacteriológico. A su vez, la particularidad de la escolarización se planteó en términos específicos para conectar la vacunación con el Consejo Nacional de Educación. En algunas jurisdicciones, quizás eso se favoreció por contactos previos en instancias políticas anteriores, como fue el caso de Santa Fe.

Pero esto nos plantea otros interrogantes, referidos a por qué no se aprobó la obligatoriedad en la ciudad más poblada (Capital Federal), con mayor concentración de órganos sanitarios y médicos, donde la enfermedad era muy visible. Allí la problemática sanitaria se solapa con la jurisdiccional, ya que la Capital Federal dependía del Departamento Nacional de Higiene aunque su autonomía en tal sentido era mucho mayor a la de, por ejemplo, los Territorios Nacionales.

En el ámbito porteño la situación era errática respecto de la profilaxis y el reclamo fue por la sanción de la obligatoriedad, pero no solo para la jurisdicción sino para toda la nación. Las epidemias se presentaron anualmente, entre 1930-1933, sin que se apreciaran descensos significativos tanto en el número de enfermos como en la mortalidad, que osciló entre un 12,9% y un 14,3% de los casos. En 1933, con la ayuda combinada de la Asistencia Pública y del Consejo Nacional de Educación, se había inmunizado con anatoxina solo a 65.162 de los 304.000 niños en edad escolar, es decir un 21,4%. Cibils Aguirre indicaba también que se habían realizado el test de Schick a 170.000 escolares en esa muestra, y a pesar de la alta positividad no se había logrado la cobertura óptima. Este pediatra entonces volvía insistir “que se haga la vacunación antidiftérica obligatoria en Argentina” (Crónicas. Difteria, 1935, p. 344). En las estadísticas nacionales, si bien la mortalidad había ido descendiendo desde 1911 a 1925 (de 15,9 a 7,4/100.000); se había estancado entre 1926-1930 (7,6/100.000) y retrocedido entre 1934-1935 (9/100.000 habitantes).

En el ámbito educativo, la difteria había estado en la mira del Cuerpo Médico Escolar. En 1939, su director Enrique Olivieri envió al presidente del Consejo Nacional de Educación un extenso informe para solicitar a esa agencia que peticionara a los organismos legislativos por la obligatoriedad de la medida. Se relataba aquí que la vacunación se había iniciado en 1924 y en 1928, a través de anatoxina, se hizo habitual hacerlo en las colonias de vacaciones, instituciones para infantes de hogares con carencias económicas. En 1931, los médicos del Cuerpo Médico iniciaron una campaña para que se les permitiese vacunar a los escolares, sobre todo del primero y segundo grado (seis y siete años), dado que los padres consideraban las escuelas como “lugares peligrosos”, donde los niños se contagiaban todo tipo de infecciones (Olivieri, 1939, p. 18). Los médicos, como requerían la autorización de los tutores legales, iniciaron el proceso de vacunación con la solicitud concreta a través de una nota. Para ello, contaban con la colaboración de visitadoras de higiene, es decir, mujeres capacitadas —en el caso porteño, en entidades dependientes de universidades y otros centros de formación— que dictarían pequeñas lecciones sobre

la difteria, con figuras y gráficos, al terminar las cuales harían entrega de los volantes para solicitar la autorización para “investigar la sensibilidad de su hijo y vacunarlos si estuviera en condiciones de adquirirla” (Olivieri, 1939, p. 21).

En estos documentos, se indicaba la peligrosidad de la difteria y lo inofensivo de la vacuna, que protegería de una muerte segura, para así poder realizar el test de Schick y luego, inmunizar. De manera minuciosa, Olivieri daba cuenta del proceso iniciado en la década de 1920, de la cantidad de inyecciones y del producto utilizado. Era muy importante reducir las dosis y aplicar menos inyecciones, porque a la tercera descendía la asistencia de infantes, quienes no concurrían por “negligencia de los padres”, “acobardamiento (sic) ante el dolor” y otras razones que impedían completar la inmunidad (Olivieri, 1939, p. 23). El director del Cuerpo Médico aducía que la medida ya era obligatoria en Francia, Rumania, Polonia, Noruega, Suecia, EEUU y que “existe en Entre Ríos, Buenos Aires, Córdoba y San Juan” (Olivieri, 1939, p. 28).

En esta queja y, a la vez, reclamo de la vacunación obligatoria, Olivieri indicaba que —a pesar de brindar pautas muy claras por escrito a los padres— malgastaban tiempo en esa tarea de persuasión que podían utilizar, con la coacción simple de la legislación, para vacunar y llegar al 70% de la población inmunizada, bajando así la tasa de morbimortalidad de la difteria. Se intentaba obtener, con la autoridad de una medida legal, lo que se le hacía difícil de lograr a través de autorizaciones escritas. En los volantes se explicaba entre otras cuestiones, “que la difteria está próxima a desaparecer de los países civilizados gracias al extraordinario éxito de la vacunación”. Para impedir la enfermedad, solo era preciso “una inyección subcutánea de anatoxina diftérica, sustancia desprovista de todo peligro [...], se evita así la muerte de 300 niños al año. El contagio se produce en la escuela, lugar donde se reúnen millares de niños” (Olivieri, 1939, p. 28).

En este mensaje se observa la dificultad de los médicos en la comunicación de cuestiones sanitarias básicas a las familias; primero, por la falta de paciencia (no tenemos tiempo, decía Olivieri); además, por el uso de un vocabulario técnico de difícil interpretación entre los no legos (anatoxina, subcutánea), y luego, porque la responsabilidad de la muerte y la enfermedad de los escolares repercutía en los padres que no permitiesen la vacunación.

El tono de autoridad científica de estos textos se refrendaba, además, indicando que la medida había permitido en naciones “civilizadas” la desaparición de la enfermedad, sin denotar que se había utilizado con cierto éxito en varias provincias argentinas. La legitimidad venía dada por los avances científicos en el exterior, mientras que las experiencias propias quedaban opacadas. Poco sabemos sobre cómo se recibían estos mensajes; desde inicios de la década se habían enviado para vacunar a los niños en las escuelas con la anatoxina diftérica con diverso resultado, no siempre el esperado por los médicos ya que no obtenían el 100% de aprobación. En las escuelas de la Capital Federal y de los Territorios Nacionales donde el Consejo Nacional de Educación tenía injerencia directa, mientras que en el resto de las jurisdicciones actuaba a través de acuerdos, como en el caso de Santa Fe.

El informe presentado por el Cuerpo Médico tenía como finalidad la propuesta de la vacunación obligatoria nacional. Olivieri señalaba que al tornar obligatoria la medida, se haría una obra de “no solo de alto patriotismo ampliando los postulados de nuestra sabia Ley de Educación que no solo confió al Consejo la formación espiritual de los niños que concurren a las escuelas, sino también lo obliga al cuidado de su estado físico” (Olivieri, 1939, p. 29). El facultativo retomaba así los postulados higiénicos y los unía al supuesto mandato eugénico que saturó los discursos desde la segunda década en diversas agencias, tanto educativas como médicas.

La legislación de obligatoriedad ya tenía antecedentes en proyectos presentados, pero no aprobados, por los diputados Carlos Pueyrredón, Ernesto Padilla y Carlos Montagna¹². Este último era médico, especializado en pediatría (Di Liscia, 2002). En sus respectivos períodos en la Cámara, los proyectos se pusieron a consideración ya en la década de 1920 sin éxito y aunque no estuviesen en el ámbito legislativo, dos de ellos, Pueyrredón y Padilla, tenían presencia en el escenario político argentino y sobre todo, habían estado a cargo de instituciones relevantes, como el Ministerio de Justicia e Instrucción Pública y la Intendencia porteña.

Creemos que tal cuestión es importante, puesto que la aprobación de la Ley 12670 —reglamentada por el Decreto 104166— en 1941 se correspondió con la articulación del Cuerpo Médico Escolar ante el Consejo Nacional de Educación y del acuerdo con el Departamento Nacional de Higiene, durante la gestión de Jacobo Spangenberg (Biernat, 2015). Además, el Cuerpo Médico trabajaba codo a codo con el entonces director del Instituto Bacteriológico, Alfredo Sordelli, quien estuvo a cargo también de la redacción del proyecto final junto al Cuerpo Médico. La sanción de la normativa en 1941 obedeció a la tarea conjunta de las agencias educativas y científicas, cuando la presidencia de Roberto Ortiz no significaba un liderazgo determinante, se limitó la representación ciudadana y el sistema político estaba en crisis (De Privitello, 2001).

La ejecución de la ley, cuyos proyectos previos habían sido presentados por diputados de diversos signos políticos, dependía del Departamento Nacional de Higiene y como profilaxis específica indicaba la vacunación y revacunación antidiftérica. Los gobiernos provinciales eran los “agentes naturales del gobierno nacional” para aplicar el reglamento, vigilar su aplicación y entregar las certificaciones. El Departamento Nacional de Higiene podía intervenir con personal propio o delegado para hacerla ejecutar en las provincias; el intendente de la Capital Federal acordaría con el Departamento Nacional de Higiene para colaborar, quien a su vez ejercería completamente la profilaxis en los Territorios Nacionales (Honorable Congreso de la Nación Argentina, 1941). Se facultaba al Consejo Nacional de Educación a realizar la vacunación y revacunación en las escuelas de su jurisdicción en todo el territorio

¹²Pueyrredón fue diputado por el Partido Demócrata Nacional de la provincia de Buenos Aires entre 1932-1936, intendente de Buenos Aires entre 1940-1943 y luego diputado nacional, entre 1946-1948, por la Unión Cívica Radical. Padilla fue diputado por Tucumán desde principios del siglo XX y en tres oportunidades; entre 1924-1928 por el Partido Liberal. Luego fue electo gobernador de Tucumán y, entre 1930-1931, fue ministro de Justicia e Instrucción Pública del gobierno de facto de José E. Uriburu. Montagna fue diputado por la Unión Cívica Radical, entre 1938-1946 (Diputados. Argentina, 2021).

nacional, con el acuerdo al Departamento Nacional de Higiene, y también en otras instituciones, como servicio médico privado y de beneficencia. A partir de 1942, se vacunaría de manera obligatoria a niños entre nueve meses y 12 años; los médicos debían denunciar obligatoriamente los casos sospechosos de difteria con datos para individualizar al niño contagiado. No se indicaba fehacientemente quién proveería las vacunas, pero la centralización de la tarea en el Departamento Nacional de Higiene implicaría que estaría a cargo del Instituto Bacteriológico.

Los certificados debían ser expedidos por el Departamento Nacional de Higiene a solicitud de las diversas autoridades, tanto provinciales como municipales, públicas y privadas, y serían exigidos ante el ingreso al sistema educativo en cualquiera de sus niveles (primario, secundario, terciario o especial), al momento de la inscripción (Honorable Congreso de la Nación Argentina, 1941). La necesidad del certificado de vacunación quedó a cargo del Consejo Nacional de Educación. Ese documento, requerido a partir de 1941 y registrado en las escuelas, quedaba en poder de los niños, o más bien, de sus familias. Las autoridades sanitarias lo volvían a solicitar para expedir certificaciones de salud en general. Con esto, no se trataba solo de la vacunación antidiftérica, sino que se daba pie para otras exigencias, propias de la administración pública y que se repetirían también con relación a la vacunación y revacunación antivariólica a los empleados públicos.

A pesar de la ley, la aceptación de la vacunación antidiftérica no fue automática y aun bajo un sistema más centralizado, como el que se intentó a partir de 1943 en la Secretaría de Salud Pública, persistieron ciertas resistencias. En 1948, bajo el título “Defienda a su hijo”, se indicaba con severidad:

Una ley establece la vacunación antidiftérica con carácter obligatorio, debiendo los padres y tutores cumplirla. Pero considera la Secretaría de Salud Pública innecesario hablar de obligaciones legales cuando se trata de evitar que sus hijos sean víctimas de este mal y se incorporen a la legión de vidas que todavía son sacrificadas por la falta de una elemental y sencilla previsión que está al alcance de todos. (Secretaría de Salud Pública de la Nación, 1948)

Reflexiones finales

Como hemos observado a lo largo de estas páginas, un examen preliminar de las políticas de vacunación antidiftérica en Argentina desde finales del siglo XIX hasta mediados del XX, permite arribar a algunas también iniciales conclusiones.

En primer lugar, sobre las transformaciones científico-técnicas en el desarrollo internacional y la producción local de sueros y luego, de vacunas antidiftéricas con, a su vez, un examen previo de medición de inmunidad. El proceso, estudiado en otras naciones, siguió en el país los lineamientos que implican la conexión de comunidades transnacionales vinculadas con la bacteriología y la sanidad humana, con el desarrollo propio de los productos artificiales para vacunar. En Argentina, se

reprodujeron esos procesos en el Instituto Bacteriológico, encargado de producir masivamente sueros y vacunas antidiftéricos.

En segundo lugar, las políticas de vacunación se dirigieron como parte de una serie de medidas para prevenir enfermedades materno-infantiles, y se localizan en especial desde mediados de la década de 1920 hasta el inicio de la década de 1930. Por entonces, se suceden dos cuestiones: por un lado, la posibilidad de tener productos para vacunar (antitoxina antidiftérica); por otro lado, una intención de medicalizar a madres y niños pequeños, evitando la mortalidad y morbilidad a través de la profilaxis. La regulación de la denominada “raza argentina” estaba presente en las preocupaciones sanitarias y eugénicas a la vez del Departamento Nacional de Higiene, principal organismo a cargo.

En tercer lugar, la vacunación significa el ingreso de un producto extraño al cuerpo de un individuo, al cual se le promete prevenirlo respecto a una enfermedad de la cual tiene o tuvo noticias pero que, en general, no está presente en ese momento. Tal cuestión significa entonces, en naciones donde la extensión de la educación es relativa, imponer a rajatabla la vacunación a través de la autoridad y potestad estatal. Como indican Bertrand y Torny (2004), esa última cuestión movilizó en Francia, Reino Unido y EEUU a sectores opositores no solo a la vacuna sino también a la coacción pública en general. Se organizaron ligas específicas en contra y eso llevó a presionar al sistema político. Por ejemplo, en Reino Unido, se retrotrajo la vacunación compulsiva antivariólica en 1907 a través de “cláusulas de conciencia”. Tales combates se perciben hasta el presente en pos de la libertad individual. E incluso avanzan para impedir toda vacunación, obligatoria o no, con el consiguiente riesgo para lograr un porcentaje mínimo de cobertura para la población¹³.

En Argentina, la resistencia no se formalizó en movimientos específicos, organizados en contra de la vacunación. En los registros existentes, al momento solo indirectos y producidos en general por quienes están a favor, se indicaban sectores en contra de la obligatoriedad de la medida, tanto populares como médicos. Pero mucho más que una oposición militante, las renuencias aparecen teñidas por la indiferencia o incomprensión sobre el sistema de inoculación (cantidad de dosis, aplicación, control y registro). Los médicos vinculados al sistema educativo trataron de soslayar las dificultades a través del envío de autorizaciones escritas, poco o mal recibidas por padres y tutores de los pequeños. Con la solicitud de imposición de la medida, los facultativos a cargo de las políticas públicas de vacunación antidiftérica demostraban una incomprensión profunda de los deseos y miedos de la población acerca de una terrible enfermedad, pero además sobre el significado mismo del concepto de prevención y profilaxis. Como indica Blume (2017) es más sencillo para los profanos comprender la relación entre difteria y suero antidiftérico, aplicado cuando la infección ya está en el individuo, y no tanto entre vacunación y difteria, es decir, colocar un producto para prevenir un mal. Sobre tal cuestión, es preciso conocer más a fondo el proceso de inmunidad, cuestión que los médicos no

¹³Para indagar en tal cuestión, ver Goldstein, Purtle y Suder (2020).

explicaban, o no podían explicar al “vulgo”. La insistencia en que una medida fuera compulsiva estaba en esa línea.

En cuarto lugar, debemos reflexionar sobre la temprana medida de obligatoriedad en las jurisdicciones provinciales, que antecede en varios años a la Ley Nacional de vacunación antidiftérica obligatoria de 1941. Recordemos que lo fue en San Juan en 1933, en Mendoza en 1936 y en Santa Fe y Tucumán en 1939. Sin pretender un registro exhaustivo de los países con relación a la obligatoriedad de la medida, cuestión que excede esta contribución, se puede observar que no lo era en todos los países europeos y tampoco en América Latina.

En Francia se aprobó la vacunación obligatoria antidiftérica en 1931 para el servicio militar y en 1939 de manera universal, con campañas en 1942, cuando el país estaba ocupado militarmente. En Alemania, recién lo fue en 1941 (Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, 2017). En América Latina no tenemos muchas evidencias al respecto. México intentó por decreto en 1926 aplicar el testeo para luego vacunar, pero una severa oposición política y religiosa lo impidió, como hemos indicado (Agostoni, 2008). Se realizaron campañas de vacunación antidiftérica —y de otras enfermedades— con autosuficiencia en la producción, el control, el almacenamiento y la distribución de vacunas hasta finales del siglo XX. La vacunación antivariólica fue obligatoria tempranamente, como también en el caso argentino, pero no así la antidiftérica (Carrillo, 2017).

Varias provincias argentinas aprobaron la medida relativamente temprano, respecto a otras naciones europeas y latinoamericanas. Tal situación pudo deberse a la preocupación de gobiernos más sensibles a la cuestión social que, por lo tanto, bregaban por imponer medidas profilácticas para prevenir enfermedades. La legislación nacional, en 1941, significó un esfuerzo posterior, donde fungieron a la vez las agencias educativas (Consejo Nacional de Educación), el Departamento Nacional de Higiene y su dependencia, el Instituto Bacteriológico.

Finalmente, el sistema de vacunación compulsiva antivariólica implicó la coordinación de esas instituciones. En 1943, se modificó el organigrama y se conformó una Secretaría de Salud Pública en lugar del Departamento Nacional de Higiene; una de sus secciones se volcó a asegurar la inmunidad frente a determinadas enfermedades. La vacunación antidiftérica debía ser controlada, por ley, a través del ingreso y permanencia en el sistema educativo, lo cual significó también recargar con una nueva función burocrática a escuelas y colegios, encargados de chequearla. Un último tema, necesario a tomar en cuenta, es el costo de la medida: la producción y distribución sistemática de la antidiftérica podía significar para Argentina el temprano control de una enfermedad peligrosa y a veces letal. Pero debía incrementarse los presupuestos dedicados al área de vacunación y profilaxis, que a su vez tenía a su cargo otras demandas sanitarias y sociales. Tales cuestiones fueron sin duda argumentos potentes para ralentizar la obligatoriedad a nivel nacional, y serán examinados en próximos trabajos. Como vemos, las políticas de vacunación se entrelazan en un nudo significativo tanto a las nociones intrínsecas de organización política, como a factores científicos, sociales y culturales.

Agradecimientos

La autora agradece los comentarios y sugerencias de Ana María Carrillo (UNAM-México), a una versión anterior de este texto.

Bibliografía

- Agostoni, C. (2008). Historia de un escándalo. Campañas y resistencia contra la difteria y la escarlatina en la ciudad de México, 1926-1927. En: Agostoni, C. (coord.) *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*. México: UNAM/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, p. 287-312. Recuperado de: <https://bit.ly/3nN9zEs>.
- Armus, D. (2000). El descubrimiento de la enfermedad como problema social. En: Lobato, M. Z. (dir.). *El Progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*. Buenos Aires: Sudamericana, p. 507-522.
- Ayerza, J. (1877) *Difteria y crup. Tesis presentada para optar al grado de doctor*. Buenos Aires: Imprenta Pablo Coni. Recuperado de: <https://bit.ly/3CMVwmX>.
- Bertrand, A.; Tornay, D. (2004) *Libertés individuelles et santé collective. Une étude socio-historique de l'obligation vaccinale*. Rapport final. Paris: Centre de Recherche de Médecine, Sciences, Santé et Société (CERMES).
- Biernat, C. (2015). El proceso de centralización del Departamento Nacional de Higiene (1880-1944). En: Biernat, C.; Cerdá J. M.; Ramacciotti, K. I. (dirs.). *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Editorial UNQ, p. 47-83.
- Birn, A. E.; Yogan, P.; Holtz, T. (2009). *Textbook of International Health: Global Health in a Dynamic World*. New York: Oxford University Press.
- Blume, S. (2017). *Immunization. How Vaccines Became Controversial*. London: Reaktion Book.
- Carrillo, A. M. (2017). Vaccine production, national security anxieties and the unstable state in nineteenth —and twentieth— century Mexico. En: Holmberg, C.; Blume S.; Greenough, P. (eds.). *The Politics of Vaccination: A Global History*. Manchester: Manchester University Press. p. 121-147. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/j.ctt1wn0slm.11>.
- Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier (2017). La Diphtérie. Histoire des épidémies et de la vaccination. Recuperado de: <https://tinyurl.com/mr35hmr8>.
- Conferencia Sanitaria Nacional (1923). *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Vol, 2, p. 16-17.
- Crónicas. Difteria. Profilaxis en Argentina (1931). *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*, v. 10, n. 6, p.736-737. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10624>.
- Crónicas. Difteria. (1932). *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*, v. 11, n. 6, p. 602. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10420>.
- Crónicas. Difteria. Argentina. (1935). En: *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*. N° 14, 4, p. 344. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18311>.
- Crónicas. Difteria. (1936). *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*. v. 15, n. 10, p. 978-979. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17054>.
- De la Serna, A. F. (1880). Difteria: Tesis para el doctorado. Buenos Aires: Imprenta Pablo Coni. Recuperado de: <https://bit.ly/3CJwKUr>.
- De Privitellio, L. (2001). La política bajo el signo de la crisis. En: Cattaruzza, A. (dir.). *Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930-1943)*. Nueva Historia Argentina, T. VII. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, p. 97-142.

- Delfino, J. C. (1898) *La difteria y la preparación de su suero curativo. Tesis para optar al grado de doctor en medicina*. Buenos Aires: Litografía, Imprenta y Encuadernación de Guillermo Kraft. Recuperado de: <https://bit.ly/3Dlcllk>.
- Dessein, A. C. (1887). *Anuario estadístico de la Provincia de Buenos Aires. Año 7*. La Plata: Establecimiento Tipográfico de El Día. Recuperado de: <https://bit.ly/3DYuNF2>.
- Di Liscia, M. S. (2002). Hijos sanos y legítimos: Sobre matrimonio y asistencia social en Argentina (1935-1948). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 9, n. supl, p. 209-232. doi: 10.1590/S0104-59702002000400010.
- Di Liscia, M. S. (2008). Los bordes y límites de la eugenesia donde caen las “razas superiores” (Argentina, primera mitad siglo XX). En: Miranda, M.; Vallejo, G. (eds.). *Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, p. 377-409.
- Di Liscia, M. S. (2021). Las epidemias de viruela y la vacunación en Argentina, entre dos siglos. De arma biológica a extensión de la medicalización. En: Álvarez, A. (comp). *Del cólera al COVID-19. Un recorrido por viejas y nuevas pandemias en la Argentina*. Mar del Plata: EUDEM, p. 20-56.
- Di Liscia, M. S.; Lionetti, L. (2021). Vacunación y viruela en la encrucijada del sistema educativo argentino (1884-1960). *Anales de la Educación Común*, v. 2, n. 1-2, p. 15-34.
- Diputados. Argentina (2021)*. Honorable Cámara de Diputados. Congreso de la Nación Argentina. Recuperado de: <https://tinyurl.com/mdxrwmv5>.
- El Litoral* (23 de mayo de 1935). Diario. Santa Fe, s/p.
- El Litoral* (25 de abril de 1939). Diario. Santa Fe, s/p.
- Fernandes, T. M. (1999). *Vacina antivaricélica: Ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Recuperado de: <https://bit.ly/3CJCopJ>.
- Fernández, M. E. (coord.) (2017). *La salud: instituciones, espacios y actores*. Tucumán: Gobierno de Tucumán y Consejo Federal de Inversiones.
- García, V. (2012). Accidentes terapéuticos y nuevas prácticas de salud. La medicina colombiana frente a la catástrofe de la vacunación antidiftérica en Medellín, 1930. *Historia Crítica*, n. 46, enero-abril, p. 110-131.
- Goldstein, N. D.; Purtle, J.; Suder, J. S. (2020). Association of Vaccine-Preventable Disease Incidence with Proposed State Vaccine Exemption Legislation. *Jama Pediatrics*, v. 174, n. 1, p. 88-89. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.4365.
- Holmberg, C.; Blume S.; Greenough, P. (eds.) (2017). *The Politics of Vaccination: A Global History*. Manchester: Manchester University Press. doi: 10.7228/manchester/9781526110886.001.0001.
- Honorable Congreso de la Nación Argentina (1941). Ley Nacional 12670. Boletín Oficial, 8 de mayo de 1941. Reglamentación: Decreto Ley 104166, 28 de octubre de 1941. Recuperado de: <https://bit.ly/3CMFJEK>.
- Latour, B. (1993). *The Pasteurization of France*. Massachusetts: Harvard University Press. Recuperado de: <https://bit.ly/3CQI9mx>.
- Lima, D. (1889). *Estudio sobre la difteria. Tesis para optar al grado de doctor en Medicina y Cirujía*. Buenos Aires: Imprenta La Nación. Recuperado de: <https://bit.ly/3nKn0Fc>.
- Lobato, M. Z. (dir.). (2000). *El Progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Lobos, T. (1895). *De la seroterapia en la difteria. Tesis inaugural para optar al grado de doctor*. Buenos Aires: Establecimiento Tipográfico El Correo Español. Recuperado de: <https://bit.ly/3nNe7Ln>

- Luque, P. L. (1941). Apuntes históricos sobre epidemiología americana, con especial referencia al Río de La Plata. *Revista de la Universidad Nacional de Córdoba*, v. 28, n. 3, 4, 5 y 6. p. 618-633. Recuperado de: <https://bit.ly/2ZfG3xO>.
- Madero, H. (1898). *Sueroterapia de la difteria. Tesis inaugural para optar al grado de doctor en medicina*. Buenos Aires: Imprenta Pablo Coni. Recuperado de: <https://bit.ly/30VjQ8D>.
- Mason, C. L. (1887). *Difteria. Tesis inaugural para optar al grado de doctor en medicina*. Buenos Aires: Imprenta La Universidad, de J. N. Klingelfuss. Recuperado de: <https://bit.ly/3xiKkNN>.
- Mendoza (1936). Ley 1177. Poder Legislativo Provincial. Declaración obligatoria y gratuita en la Provincia de la vacunación antidiftérica. Boletín Oficial, 21 de abril de 1936. Legi Salud Argentina. Recuperado de: <https://bit.ly/30Ufcr>.
- Miranda, M. A. (2019). Maternidad y biopolítica en la Argentina: Gregorio Aráoz Alfaro, El Libro de las Madres y la eugenesia (1870-1955). *Passagens. Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica*, v. 11, n. 2, p. 156-176. doi: 10.15175/1984-2503-201911201.
- Olivieri, E. (1939). La profilaxis específica y especialmente de la difteria en las escuelas del Consejo Nacional de Educación. *El Monitor de Educación Común*, v. LVIII, n. 798, 1939, p. 17-30. Recuperado de: <https://bit.ly/30NKyk9>.
- Penna, J.; Madero, H. (1910). *La administración sanitaria y la asistencia pública de la ciudad de Buenos Aires*. Tomos I y II. Buenos Aires: Imprenta, Litografía y Encuadernación G. Kraft.
- Piñeiro, E. T. (2007). *Los radicales antipersonalistas. Historia de una disidencia. 1916-1943. Tesis de doctorado en Historia*. Buenos Aires: Universidad Torcuato Di Tella. Recuperado de: <https://bit.ly/3l2eMqp>.
- Rodríguez Ocaña, E. (2007). La producción social de la novedad: El suero antidiftérico, “nuncio de la nueva medicina”. *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, v. 27, p. 33-44. Recuperado de: <https://bit.ly/3njfRVF>.
- Rondón, S. (1943). Investigación de la inmunidad natural antidiftérica. En: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, v. 2, n. 3, p. 249-274. Recuperado de: <https://bit.ly/3CIqUTn>.
- San Juan (1933). Ley 515, Cámara de Diputados. Recuperado de: <https://bit.ly/3CFvICE>.
- Santa Fe (1939). Ley 2825. Cámara de Senadores de la Provincia de Santa Fe. Boletín Oficial, 23 de agosto de 1939. Recuperado de: <https://bit.ly/3xdQa2Q>.
- Secretaría de Salud Pública de la Nación (1948). *Almanaque de la salud*. Buenos Aires: Secretaría de Salud Pública de la Nación, Talleres Anglo Argentinos.
- Simon, J. (2007). The Origin of the Production of Diphtheria Antitoxin in France, between Philanthropy and Commerce. *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, v. 27, p. 63-82. Recuperado de: <https://bit.ly/3r4Wmcy>.
- Tucumán (1939). Ley 1755. Poder Legislativo Provincial. Establece la vacunación antidiftérica preventiva, gratuita y obligatoria. Boletín Oficial, 6 de junio de 1939. Legi Salud Argentina. Recuperado de: <https://bit.ly/30NFGLT>.
- Veronelli, J. C.; Veronelli Correch, M. (2004). *Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina. Tomo 2*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <https://bit.ly/3DOLId8>.
- World Health Organization (WHO) (2018). *Diphtheria. Disease and Vaccine Characteristic*. Geneva: WHOT. 5. Recuperado de: <https://bit.ly/3HQ32Ro>.
- Zabala, J. P.; Rojas, N. F. (2020). Historia de la microbiología en América Latina desde la perspectiva de los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología. *Diálogos. Revista electrónica de Historia*, v. 21, n. 1, p. 147-176. doi: 10.15517/dre.v21i1.39376.

- Zabala, J. P.; Rojas, N. F. (2021). El Instituto Bacteriológico Argentino. Hibridación de política, ciencia y atención médica entre 1890-1930. En: Viales Hurtado, R.; Rodríguez Sánchez, C. *Historia de la microbiología en contexto global*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, p. 129-171.
- Zapata, A. (1890). *Difteria. Tesis inaugural para optar al grado de doctor en medicina y cirugía*. Buenos Aires: Imprenta Rápida y Encuadernación de Cosme Mariño. Recuperado de: <https://bit.ly/3ORx0Ur>.



Foto: Lewis Wickes Hine (1874-1940).
Laboratorio químico. (Fragmento). Octubre 1921.
National Child Labor Committee collection, Library of Congress, Prints and Photographs
Division.

Tensiones, apuestas y debates en la producción de sueros y vacunas (Buenos Aires, comienzos del siglo XX)

Juan Pablo Zabala¹ y Nicolás Facundo Rojas²

El desarrollo de vacunas y la transformación del campo sanitario

Desde la década de 1880, el desarrollo de la bacteriología implicó importantes transformaciones en las prácticas médicas, así como en la configuración del campo sanitario en sus múltiples dimensiones cognitivas, tecnológicas, políticas y profesionales. Estos cambios —sucedidos en un lapso de unas pocas décadas— tuvieron su origen en Francia y Alemania y adquirieron rápidamente un carácter global. Hacia fines del siglo XIX, en buena parte de los países de Europa, de Asia y América podían observarse instituciones creadas a semejanza de los institutos dirigidos por Pasteur y Koch.

El tema ha recibido una gran atención y discusión por parte de la historia de la ciencia, y existe un consenso sobre cuáles han sido sus principales ejes, que fueron resumidos por Worboys (2007) en los siguientes cuatro: a) el desarrollo de la teoría de que las enfermedades infecciosas tenían agentes causales específicos, las bacterias o *microbios*, y de una serie de prácticas para su identificación y cultivo articuladas en los “postulados de Koch”; b) un giro reduccionista en el paradigma médico, concentrado ahora en los efectos específicos de estos agentes infecciosos y en sus mecanismos de contagio, en oposición a una mirada holística del organismo; c) un aumento de la importancia de los métodos experimentales y de laboratorio; y d) la introducción de productos biológicos exitosos para el tratamiento de algunas enfermedades³.

En este trabajo nos concentraremos en este último punto, tomando como objeto lo sucedido en Buenos Aires hacia los últimos años del siglo XIX y las primeras décadas del XX, donde se dio una temprana incorporación y desarrollo local de sueros y vacunas en la práctica médica y veterinaria, tanto para el diagnóstico como para la atención de enfermedades infecciosas (Rojas & Zabala, 2021).

¹Doctor en Ciencias Sociales. Investigador, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, con sede en Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.

²Licenciado en Historia. Becario, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, con sede en Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.

³En qué medida este proceso puede o no ser caracterizado como una “revolución” es parte de la discusión historiográfica. Mientras existe una postura que sostiene la validez del concepto de “revolución bacteriológica” (Rosenberg, 1987; Barnes, 2003) para caracterizar estos cambios, otros —como el propio Worboys— se oponen al uso del término, poniendo el énfasis en el carácter acumulativo de estos cambios y en la continuidad con prácticas anteriores a la irrupción bacteriológica.

En particular, nos interesa mostrar el modo en que la fabricación de estos productos biológicos se constituyó en un eje central del desarrollo de la bacteriología en el plano local. Esta influencia atravesó las fronteras entre el campo público y privado, y se verificó tanto en la conformación de las instituciones ligadas a la investigación y desarrollo así como en las carreras profesionales de los médicos involucrados en esta tarea, que en muchos casos fluyeron entre uno y otro espacio. De hecho, si bien en un primer momento el desarrollo de sueros y vacunas fue objeto de instituciones públicas, la oportunidad económica que suponía su comercialización, en el contexto de un dinámico mercado local de medicamentos, dio lugar a varios emprendimientos privados. De modo tal que se constituyó un espacio híbrido entre el mundo científico, académico, profesional y comercial, donde los desarrollos bacteriológicos aparecían como elementos que permitían desplegar estrategias de éxito en estos distintos planos⁴.

En una primera caracterización de este espacio creado en torno a los productos biológicos nos interesa destacar tres características: a) la fluida circulación de conocimientos entre los espacios locales y los centros europeos, basada tanto en los viajes de formación de los investigadores argentinos, en la radicación en el país de investigadores extranjeros y en la reproducción local de las experiencias de laboratorio llevadas a cabo en esos países a partir de las informaciones disponibles en las publicaciones científicas; b) el carácter innovador, tanto en el plano de las teorías y técnicas de producción utilizadas como en la introducción de nuevos productos al mercado, que podía observarse en las apuestas locales; y c) la inestabilidad cognitiva en la que se daban estos desarrollos, visible en la convivencia de diferentes teorías y técnicas, así como de distintos criterios para administrar esas terapéuticas y para medir su efectividad.

En suma, cómo debían prepararse los sueros y vacunas, cómo debían administrarse, qué enfermedades podían tratarse con estos métodos, dónde debían fabricarse, con qué niveles de estandarización y control, eran cuestiones que se encontraban en pleno debate en las primeras décadas del siglo XX. Y las respuestas a esas preguntas se asociaban, a su vez, con diferentes configuraciones de actores, instituciones y políticas estatales (Shapin & Schaffer, 2005).

Intentaremos mostrar cómo se dieron algunas de estas tensiones. Para ello haremos, en el apartado siguiente, una caracterización del campo de producción y uso de productos biológicos, prestando atención a la legitimidad que las prácticas bacteriológicas alcanzaron a inicios del siglo XX, a la variedad de productos, técnicas de producción y actores involucrados, lo que nos permitirá tener una idea de las condiciones en que se desarrollaron las experiencias que analizaremos en el tercer apartado. Allí nos detendremos en tres experiencias concretas que tuvieron lugar entre fines del siglo XIX y los primeros años del siglo XX: el Laboratorio de Antitoxinas creado por Julio Méndez, de estrecha relación con el Hospital San Roque; el Instituto Biológico Argentino creado por Silvio Dessy y las emprendidas entre el

⁴Hemos propuesto el carácter híbrido de la bacteriología y su papel en la articulación entre el mundo académico, profesional, político y económico en otro trabajo (Zabala & Rojas, 2020).

Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene y la Casa de Aislamiento/Hospital Muñiz, bajo la influencia de José Penna, Carlos Malbrán y luego Rudolf Kraus.

El campo de la producción y uso de productos biológicos: legitimidad profesional y expectativas económicas

A partir de la década de 1890, comenzaron a darse en Buenos Aires distintas experiencias de producción local de productos biológicos, tanto en los laboratorios bacteriológicos del sector estatal creados unos años antes⁵ como en algunos emprendimientos privados. Distintas expectativas en los planos simbólicos, políticos y económicos motorizaban estas iniciativas. En el plano simbólico, la legitimidad de la bacteriología radicaba en su asociación con la modernización de la ciencia médica, y en menor medida de la veterinaria, a partir de las nuevas prácticas y perspectivas que esta implicaba para el estudio y tratamiento de las enfermedades infecciosas, en particular, y de la medicina experimental, en términos más generales (Buch, 2006; Rojas, 2019). Esta valoración fue asumida y defendida por un grupo de la elite profesional desde importantes posiciones en el campo sanitario, como cátedras en la Universidad de Buenos Aires (UBA), el Círculo Médico Argentino, o cargos jerárquicos del Departamento Nacional de Higiene, la Asistencia Pública de la Municipalidad de Buenos Aires y de distintos hospitales. Desde estos distintos espacios, este grupo impulsó su desarrollo local e inclusión en la formación universitaria, así como la adopción de las nuevas terapias en la práctica médica.

Estas expectativas en torno a la bacteriología en el campo médico pronto se tradujeron al plano de las políticas sanitarias, un espacio en los hechos superpuesto con el anterior en la medida en que estaba dominado por los mismos actores. En este plano, los saberes específicos que proveía la bacteriología aparecían como herramientas útiles para el manejo y control de los distintos brotes epidémicos (de fiebre amarilla, cólera y peste bubónica), y para la atención de otras enfermedades que afectaban a la población local (la difteria, la tuberculosis, la fiebre tifoidea o las enfermedades de transmisión sexual como la gonorrea) (Zabala & Rojas, 2021). Por último, en el plano económico, esta legitimidad de los productos biológicos era doble: por un lado, y sobre todo en relación con la producción agropecuaria, por la efectividad que estas herramientas podían tener para el manejo de enfermedades del ganado, mejorando la producción y favoreciendo la exportación; y, por otro, porque la venta de productos significó una oportunidad de lucro para algunos actores locales y para laboratorios extranjeros, que dieron lugar a un mercado de producción y circulación

⁵Nos referimos al Laboratorio Bacteriológico dirigido por Telémaco Susini en la Asistencia Pública del gobierno municipal de Buenos Aires, creado en 1886, y a la Oficina Sanitaria Argentina, creada en 1893 en el Departamento Nacional de Higiene (Zabala & Rojas, 2021). A ellos se podrían agregar los diferentes laboratorios provinciales, como el Instituto de Higiene Experimental de la provincia de Buenos Aires, o los distintos laboratorios de la Asociación de Hacendados y la Sociedad Rural, orientados a la bacteriología veterinaria (Rojas, inédito).

de productos biológicos que también fue una referencia importante de las experiencias locales.

Estas primeras experiencias en el plano local se articularon, a partir de la década de 1890, en torno a algunos de los desarrollos claves del nuevo paradigma bacteriológico, entre los que se destacaron las vacunas de Louis Pasteur contra el ántrax, la rabia y el cólera de las gallinas; la tuberculina (llamada inicialmente “linfa de Koch”), presentada por Robert Koch entre 1890-1891; y el suero contra la difteria, elaborado en 1894 por Emil von Behring y Émile Roux⁶.

Estos productos remitían a principios cognitivos y a problemas sanitarios diferentes, y por lo tanto a distintas configuraciones en términos de los actores involucrados, los intereses afectados, los marcos institucionales en los que se dieron esas reacciones y las oportunidades que suponía su desarrollo y aplicación. Esto nos permite explorar, por un lado, la diversidad de profesiones, prácticas, intereses y actores que se movilizaron en torno a su desarrollo local y, por otro, las distintas dinámicas y lapsos temporales que mediaron en cada caso entre la aparición de estos desarrollos en Europa y su incorporación en el plano local, que de distintas maneras nos muestran la legitimidad que tenían estas prácticas y nos ayudan a comprender las trayectorias individuales que presentaremos en la tercera parte.

Sin duda, la adopción de los desarrollos vinculados a las enfermedades humanas —como el caso de la tuberculosis, la difteria e incluso la rabia— fueron los que generaron un mayor interés inicial, producto de la legitimidad que la bacteriología tenía en el campo médico. En estos casos, la aparición de los distintos desarrollos en Europa despertó un interés inmediato en los médicos que constituían la vanguardia de la incorporación de la bacteriología, tanto en la enseñanza como en la práctica médica. Para ello, tuvieron en el Estado una fuente de recursos, a través de las múltiples misiones de médicos enviadas por el gobierno argentino para el dominio de los saberes y las técnicas necesarias que permitieran la pronta producción de sueros y vacunas en el país. Entre ellas, por ejemplo, encontramos los viajes de Telémaco Susini —un médico vinculado al Círculo Médico Argentino—, a los institutos de anatomía patológica de Berlín, París y Viena y su posterior nombramiento como director del Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública, en 1886; de Desiderio Davel —médico bonaerense vinculado a la Universidad de Buenos Aires— al Instituto Pasteur, y su posterior designación como director del Laboratorio Antirrábico de la Asistencia Pública, también creado en 1886 (Prego, 2001; Zabala & Rojas, 2019). Entre 1890 y 1894, Miguel Ferreyra, Nicolás Lozano, Francisco Silveyra y Carlos Malbrán, doctores en medicina y este último también discípulo de Susini, fueron becados o recibieron apoyo económico gubernamental para aprender en Europa las técnicas de elaboración de la tuberculina y de los sueros antitóxicos y antiinfecciosos (Vallejo, 2021; Zabala & Rojas, 2021).

⁶Para una revisión de distintos aportes historiográficos sobre la importancia del suero antidiftérico en el desarrollo del paradigma bacteriológico, ver Rodríguez Ocaña (2007), y los trabajos del Dossier de la revista *Dynamis* (2007) y Gradmann y Simon (2010). Para la recepción de la tuberculina en Buenos Aires (Vallejo, 2021).

De este modo, el desarrollo de los productos biológicos fue rápidamente incorporado a las funciones de los laboratorios bacteriológicos estatales creados a partir de la década de 1880, aunque con distinta suerte según el producto. En el caso de la tuberculina —un compuesto de caldo peptonizado, glicerina y un cultivo “puro” de bacilos tuberculosos muertos por calor⁷ propuesto por Koch como un tratamiento específico contra la tuberculosis—, las grandes expectativas que despertó en la comunidad médica tras su presentación en el X Congreso Internacional de Medicina de Berlín, celebrado en 1890, tuvieron pronto eco en Buenos Aires. Como señala Vallejo (2021), en 1890 la Intendencia de la ciudad de Buenos Aires y el Departamento Nacional de Higiene enviaron a Berlín a tres médicos, Carlos Malbrán, jefe de trabajos prácticos de la cátedra de Anatomía Patológica de la Escuela de Medicina, Nicolás Lozano, inspector de higiene de la agencia, y a Miguel Ferreyra, un médico porteño, para que estudiaran las técnicas de elaboración de este producto en el Instituto de Enfermedades Infecciosas, dirigido por Koch. En diciembre de ese año, los primeros frascos de tuberculina llegaron a Buenos Aires, enviados al decano de la Facultad de Medicina. El producto fue probado en pacientes del Hospital de Clínicas, casi en simultáneo a una serie de pruebas que se hicieron en el Hospital Alemán.

Para principios de 1891, luego de conocerse los trabajos realizados en Europa que cuestionaban la efectividad del producto, las expectativas iniciales entre los médicos porteños se habían disipado (Vallejo, 2021). Esto no significó, sin embargo, la desaparición de la tuberculina, que fue utilizada para el diagnóstico de la enfermedad y hacia 1897 era producida en la Sección Seroterápica de la Oficina Sanitaria Argentina (OSA) del Departamento Nacional de Higiene (Ramos Mejía, 1898).

En otros casos, alrededor de estos desarrollos se generaron otro tipo de dinámicas más ambiciosas. Tal fue el caso del suero antidiftérico, desarrollado en 1894, que rápidamente se mostró eficaz para el tratamiento de la difteria, una enfermedad que afecta principalmente a niños, causada por una bacteria que provoca la aparición de pseudomembranas en la garganta que pueden llegar a causar la muerte por asfixia. El nuevo tratamiento consistía en la inyección de un componente de la sangre —el suero— de caballos previamente infectados con la toxina bacteriana que causa la enfermedad. El principio sobre el que se basaba era que ese suero contiene las *antitoxinas* desarrolladas por el sistema inmunológico del caballo, un elemento capaz de neutralizar las toxinas que producen las bacterias, y de ese modo revertir las consecuencias de la infección.

Así, la producción local del suero se transformó en un objetivo de los laboratorios, e incluso se generó una competencia entre distintas instituciones, como en el caso de la Oficina Sanitaria Argentina dependiente del Departamento Nacional de Higiene (antecedente del Instituto Bacteriológico), bajo la dirección de Telémaco Susini, y el Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública de la Municipalidad de Buenos Aires, dirigido por Julio Méndez. Estos dos laboratorios, hacia 1895, unos

⁷El supuesto en que se basaba la tuberculina era que la endotoxina del bacilo destruía los nodos tuberculosos del organismo de los enfermos, eliminando de este modo el medio nutritivo de las bacterias y revirtiendo la infección.

meses después de su aparición, entraron en una velada competencia por la prioridad en la producción local de suero antidiftérico que tuvo como resultado, por un lado, la preponderancia del Departamento Nacional de Higiene en esta materia; y, por otro el comienzo de una de las iniciativas privadas que analizaremos en la tercera sección de este trabajo, a manos del propio Méndez, tras renunciar al cargo de director del laboratorio municipal⁸.

Hacia 1900, este panorama comenzó a complejizarse aún más debido a la introducción local de un tercer tipo de productos, identificados con la “vacunoterapia” —desarrollada a partir de la segunda mitad de la década de 1890 por el médico inglés Almroth Wright— lo que significó una mayor diversificación en el tipo de enfermedades a las que se podrían aplicar estas terapias (Worboys, 2010). Este método se basaba en una metodología que en cierta forma combinaba los desarrollos anteriores, aunque introducía elementos novedosos. Uno de ellos era la inyección de “vacunas” (es decir, agentes infecciosos atenuados en su virulencia por distintos procedimientos) en personas que se encontraban cursando una enfermedad infecciosa. El supuesto sobre el que se basaba este método era que inyectar las vacunas en un periodo de “fase positiva” provocaba en el organismo una reacción completa del sistema inmunitario (que respondía solo parcialmente a la infección natural). Esta “fase positiva” refería al momento en que el organismo infectado produce mayor cantidad de unas sustancias denominadas “opsoninas”, cuya función es preparar a las bacterias para la fagocitosis. La estimulación de la producción de “opsoninas” por medio de las vacunas llevaba a la cura del enfermo (Worboys, 2010).

Otro elemento novedoso de la vacunoterapia de Wright —que atentaba además contra la estandarización de la técnica— estaba ligado a los modos de aplicación, que requerían un trabajo personalizado y casi artesanal en cada enfermo, para determinar los “índices opsonícos”, esto es, los niveles de desarrollo de opsoninas en cada momento, para adecuar las dosis de vacunas. Con este método, Wright desarrolló una vacuna contra la fiebre tifoidea, luego incorporada por los ejércitos europeos en la Primera Guerra Mundial, y que localmente fue elaborada por Rudolf Kraus y Salvador Mazza (Ivern, 1987; Zabala, 2010).

En el caso de los productos orientados a enfermedades animales, que estuvieron en el inicio del desarrollo de la bacteriología, pasaron varios años desde su presentación por parte de Pasteur hasta que se los incorporó a las prácticas locales. En términos de conocimiento, los desarrollos de Pasteur estaban basados en un conjunto de postulados que el francés llamó “teoría microbiana”. En relación con la producción de terapias, esta teoría sostenía que los organismos microscópicos que producían las enfermedades (denominados “microbios”) podían perder parte de su virulencia, es decir, la capacidad de producir una infección de distinto grado en el organismo, a partir de su manipulación en el laboratorio (ya sea a través de la acción del oxígeno o el calor, o del pasaje sucesivo en animales de experimentación). Luego, al ser inoculados en animales o personas, producían un estado refractario a la enfermedad similar al que generaba la linfa vacuna para el caso de la viruela, un caso

⁸Hemos trabajado con detalle este proceso en Rojas y Zabala (2021).

ya largamente conocido, por lo que el propio Pasteur propuso la denominación de “vacunas” para estos nuevos productos, que posibilitaron el amplio reconocimiento del químico francés por parte del mundo científico y de la sociedad en general. Inicialmente, esto fue aplicado al “cólera de las gallinas” (en 1879), al ántrax (1881), responsable de una enfermedad del ganado llamada localmente carbunco o carbunco, traducción local del término francés *charbon*, y unos años después a la rabia (1885) (Geison, 1995).

En el caso del carbunco, una enfermedad extendida entre el ganado ovino y bovino, de rápida evolución y generalmente mortal, su prevalencia en los campos argentinos era conocida, lo que afectaba la producción y, en principio, los intereses económicos individuales de los hacendados. Las estrategias para lidiar con ese problema —y las interpretaciones acerca de sus causas— también fueron, durante el período que va desde el desarrollo de Pasteur hasta fines de la década de 1890, de tipo individual, y movilizaron repertorios que incluían la negación, el ocultamiento de la enfermedad, la adjudicación a factores diversos (la ingestión de determinadas plantas, por ejemplo), o simplemente la aceptación de las pérdidas implicadas (Bernier, 1895; Zeballos, 1888).

Esto se modificó a partir de que el problema pasó a ser percibido como un asunto que afectaba las exportaciones del país, y su importancia pasó a ser compartida y sostenida tanto por los hacendados locales, como por el gobierno provincial y nacional, y entre otras medidas se impulsó la adopción de la vacuna Pasteur, una medida que en Europa ya era percibida como una intervención eficaz (Ministerio de Gobierno, 1895). Para ello, el propio gobierno favoreció, hacia mediados de la década de 1880, la creación de un laboratorio para estudiar la enfermedad y otras enfermedades infecciosas de los animales, e inició las negociaciones con el Instituto Pasteur para elaborar localmente la vacuna anticarbunclosa (llamada *vaccin charbonneux Pasteur*), dado que existía un monopolio virtual ejercido por la institución sobre este producto. Estas negociaciones, sin embargo, se decantaron inicialmente por la aceptación de la venta de la vacuna en el país por parte del Instituto Pasteur a través de una casa comercializadora local y, posteriormente, por su elaboración en el Instituto Nacional Bacteriológico y en otros laboratorios bacteriológicos dependientes del Ministerio de Agricultura, como los Departamentos de Ganadería y Agricultura de Entre Ríos y de Santa Fe (Quevedo, 1909).

Un impulso similar recibió en este ámbito el uso de la tuberculina, que comenzó a ser ampliamente utilizada como un producto para diagnosticar la tuberculosis bovina en la segunda mitad de la década de 1890. Esta práctica fue promovida por los veterinarios, cuya referencia internacional era Edmond Nocard de la Escuela de Veterinaria de Alfort, quien proponía el control de la tuberculosis bovina a través del diagnóstico masivo de las haciendas mediante la tuberculina, con lo que la tuberculosis se transformó en un objeto de interés científico para esa profesión (Quevedo, 1909).

Este proceso tuvo repercusiones en el país, donde en 1896 un grupo de hacendados bonaerenses, nucleados en la Asociación de Hacendados, contrató al veterinario francés Joseph Lignières, formado junto a Nocard. Lignières fue nombrado director de un laboratorio construido a expensas de la Asociación de Hacendados

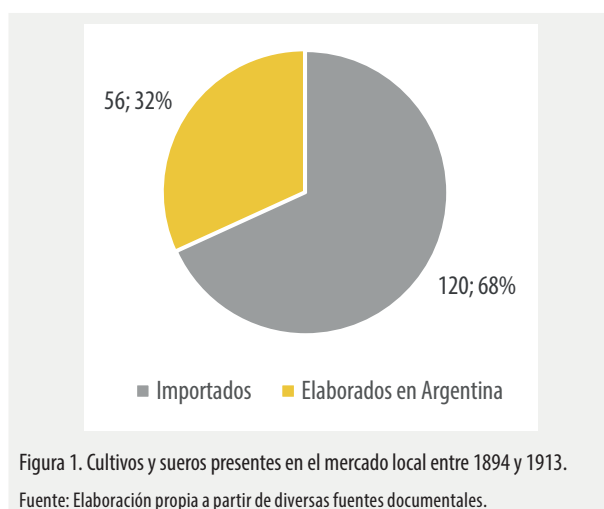
en el predio de la Sociedad Rural en la ciudad de Buenos Aires, que luego fue transferido al Ministerio de Agricultura (y renombrado como Instituto Nacional Bacteriológico). Allí elaboró vacunas mediante los métodos de Pasteur (atenuación por calor u oxígeno, y a través de pasajes sucesivos en animales) y productos de diagnóstico para una serie de enfermedades del ganado ovino y bovino ya conocidas, como la tuberculosis bovina, el carbunco y la fiebre aftosa. Y al mismo tiempo, se dedicó a otras producidas por las *Pasteurellas* —un género de bacterias descrito por el propio Lignières— conocidas con distintos nombres, como “diarrea de los terneros”, “neumoenteritis de los terneros”, “enteque” o “lombriz”. Esto marcó el inicio de la producción local de estos productos, tanto en el espacio público, como el caso del Instituto Nacional Bacteriológico del Ministerio de Agricultura, como en laboratorios privados que vieron allí una oportunidad comercial, como “Vacunas y Sueros Lignières” y “Lignières Hermanos”, dos desprendimientos ligados al médico veterinario contratado inicialmente por el gobierno y a su familia (Vacunas y Sueros Lignières, 1917).

En relación con el uso de estos diversos productos biológicos podemos diferenciar distintos espacios en los que eran crecientemente demandados. En primer lugar, los servicios de los hospitales públicos a los que estaban destinados, en principio, los sueros y vacunas elaborados por los laboratorios estatales. Estos servicios, con los cuales dichos laboratorios tenían estrechos vínculos, eran lugares que servían tanto como espacios de aplicación para el tratamiento en pacientes, como instancias de ensayo de los desarrollos y, en la medida en que muchas veces se asociaban también a cátedras universitarias, como lugar de formación de las nuevas generaciones de profesionales y de reproducción del paradigma bacteriológico⁹. El caso de la Cátedra de Clínica Epidemiológica de José Penna y el Servicio de atención a su cargo en la Casa de Aislamiento, o el Servicio de Ginecología de Enrique Bazterrica en el Hospital de Clínicas, que promovía el tratamiento de algunas enfermedades ginecológicas mediante el uso de vacunas, son ejemplos en este sentido (Castaño, 1921).

Pero la incorporación de estas nuevas terapéuticas en la profesión médica iba más allá de las prácticas promovidas por estos grupos de vanguardia, y su uso se extendía también como un rasgo cada vez más habitual de la práctica profesional general. En este sentido, la incorporación de estas terapias debe ser comprendida dentro de un proceso más general de transformación de la práctica médica que había comenzado unas décadas atrás, en el que la administración de diferentes agentes terapéuticos adquirió un lugar cada vez más central, reconfigurando tanto la noción de cuerpo enfermo como la relación médico-paciente (Rosenberg, 1979). En este sentido, los productos biológicos eran una opción más dentro de un dinámico mercado de producción y comercialización de una amplia variedad de productos medicinales de distinto tipo, cuyas publicidades inundaban las páginas de las revistas especializadas, de los medios de comunicación e incluso de la vía pública (Departamento Nacional de Higiene, 1907; Campins & Pfeiffer, 2011; Sedran & Carbonetti, 2019).

⁹En el caso del Instituto Bacteriológico, la principal relación era con la Casa de Aislamiento (luego Hospital Muñiz), mientras que la referencia del laboratorio de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública (ASyAP) era el Hospital San Roque (luego Ramos Mejía).

A partir de una exploración sistemática de distintas fuentes¹⁰, hemos recopilado información que nos permite hacer una reconstrucción aunque sea parcial del alcance que tenía el desarrollo de este mercado, lo que nos brinda una rica información en relación con los productos disponibles y el tipo de actores involucrados. Una primera conclusión es que el campo de producción y uso de estos productos biológicos excedía lo que sucedía en los laboratorios y hospitales estatales. De hecho, la mayor parte de estos productos era de origen importado, y en muchos casos su comercialización estaba cargo de instituciones científicas y comerciales europeas (como el Instituto Pasteur de París, el Behringwerke de Marburg, Burroughs Wellcome y el Instituto Seroterápico de Berna, entre otras) y de laboratorios privados estadounidenses (entre los cuales se destacaban Parke-Davis, Eli Lilly Co. & Lederle Laboratories) (Figura 1).

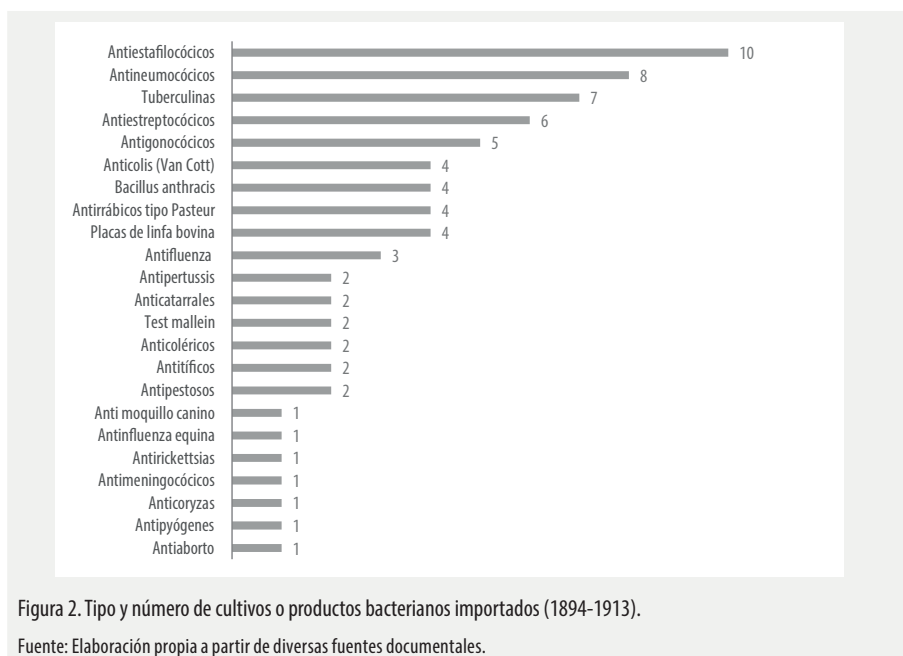


En el periodo que llega hasta 1913, los catálogos de productos biológicos que estas instituciones comercializaban incluía, además de sueros graduados por su poder antitóxico (cantidad de antitoxina que contenía¹¹), distintos tipos de cultivos bacterianos contemplados bajo el nombre de “vacunas curativas bacterianas”, producidas en su mayoría por laboratorios alemanes y estadounidenses siguiendo el método

¹⁰Hemos elaborado esta sección a partir de información extraída de diferentes fuentes publicadas entre 1894 y 1930: las publicidades de revistas de interés general (como *Caras y Caretas*) y especializadas nacionales y extranjeras (*La Semana Médica*, *Prensa Médica*, *Revista Médica Farmacéutica*, *La Medicina Argentina*, de Argentina y *El Auxiliar Médico* y *Gaceta Médica Española* de España); los catálogos de 16 laboratorios publicados en el periodo y registros extranjeros de patentes, como United States Department of Agriculture (1914); trabajos científicos y manuales de algunos actores vinculados al uso y la promoción de estos productos (Anschütz, 1913; Castaño, 1914, 1921.; Cassinelli, 1904; Dessy, 1944; Quevedo, 1909); y algunos trabajos historiográficos actuales sobre el desarrollo del mercado internacional de estos productos durante el período (Estapé Egea, 2015; García, 2020; Gomis Blanco, 2007; Lugo Márquez, 2011).

¹¹Una medida de antitoxina correspondía a la cantidad necesaria para neutralizar el poder letal de una dosis de toxina que matara a un chanchito de la India de 250 g en cuatro días.

de Wright de graduación de bacterias por centímetro cúbico (cm³), u otros métodos no estandarizados a nivel internacional que dependían de cada firma. Estos productos estaban orientados tanto a enfermedades de animales como de humanos, entre los que se destacaban las vacunas estafilocócicas y estreptocócicas (elaboradas con distintos tipos de *Staphylococcus* y *Streptococcus*, respectivamente), las producidas a partir del *bacilo de Pfeiffer* (una bacteria que se suponía responsable de la influenza y las neumonías) y del *gonococo de Neisser* (agente causal de la gonorrea). Asimismo, existía una considerable oferta de vacunas anticarbunclosas tipo Pasteur, elaboradas con cultivos de *Bacillus anthracis* atenuados con calor, y de tuberculinas para el diagnóstico de la tuberculosis bovina (Figura 2 y 3).



A pesar de la preponderancia de los productos importados que podemos observar hasta mediados de la década de 1910, la presencia de espacios de producción local también era considerable. Esta tendencia se acentuó a partir de mediados de esa década, presumiblemente como consecuencia de la Primera Guerra Mundial (Armus, 2016), momento en que podemos observar algunos cambios en el espacio de producción de productos biológicos, con una importancia relativa mayor de los laboratorios locales (Figura 4).

Esta dinámica tuvo un momento fundamental en la llegada de Rudolf Kraus para asumir la dirección del Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene, y se extiende hasta el comienzo de la década de 1930. Durante este periodo, se crean además nuevas instituciones como el Laboratorio Fuerte Sancti

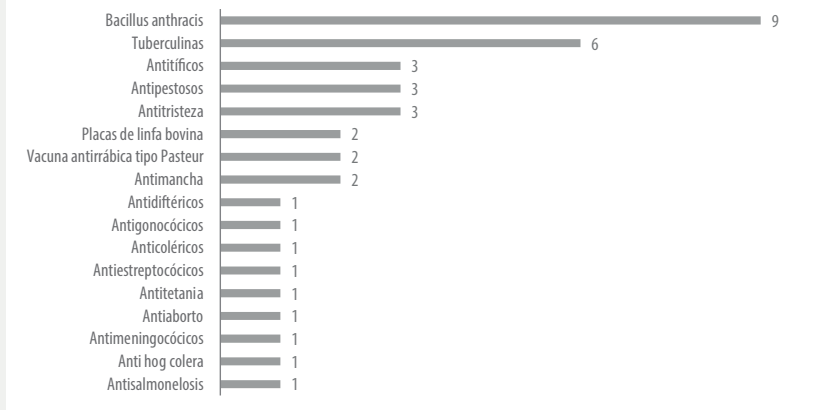


Figura 3. Tipo y número de cultivos o productos bacterianos elaborados en Argentina (1894-1930).

Fuente: Elaboración propia a partir de diversas fuentes documentales.

Spiritu (1925) y el Instituto Seroterápico Argentino (1925), pero sobre todo, aumenta la oferta de productos, tanto de cultivos bacterianos como de sueros, orientados a su uso en humanos y en animales (Figuras 5).

Este aumento de la oferta de productos tiene su causa en la actividad de las nuevas instituciones presentes en el mercado, así como también en la consolidación de las instituciones creadas a fines del siglo XIX o durante la primera década del siglo XX, como el Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene y el Instituto Biológico Argentino.

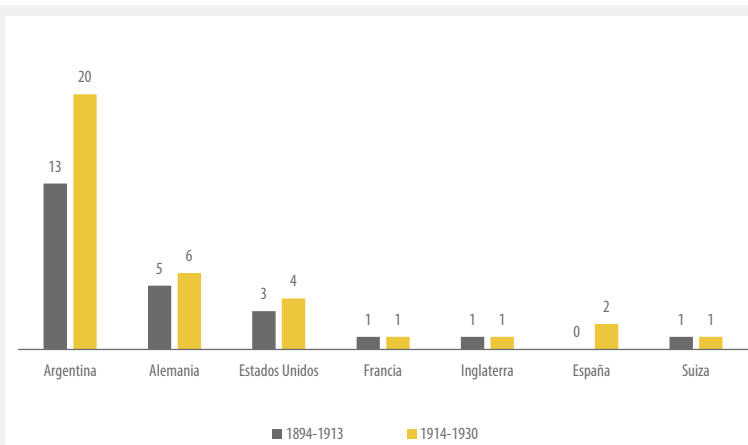
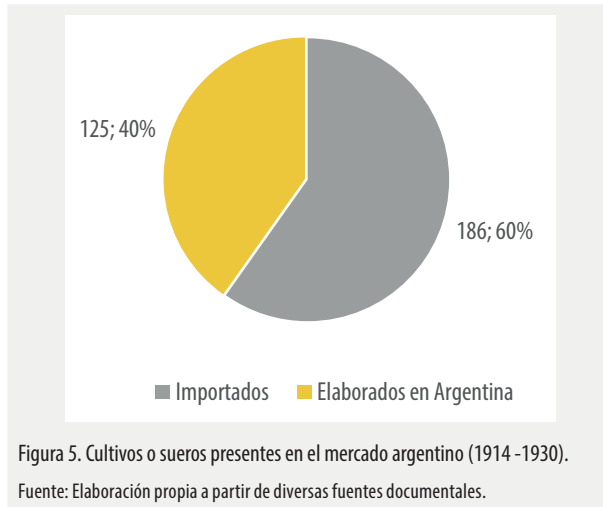
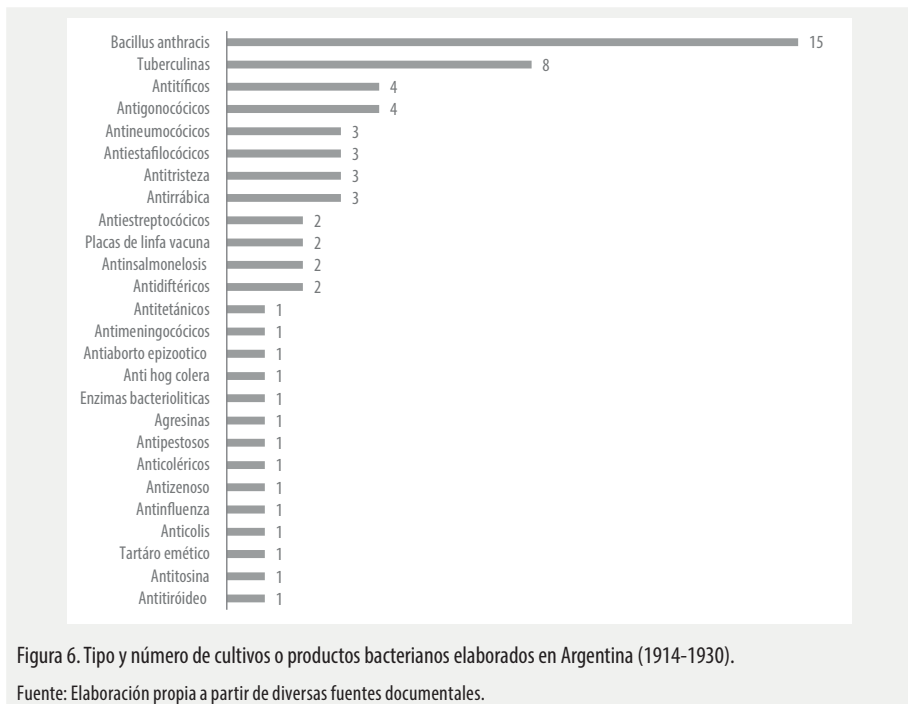


Figura 4. Cantidad de instituciones elaboradoras de productos biológicos según país (1894-1930).

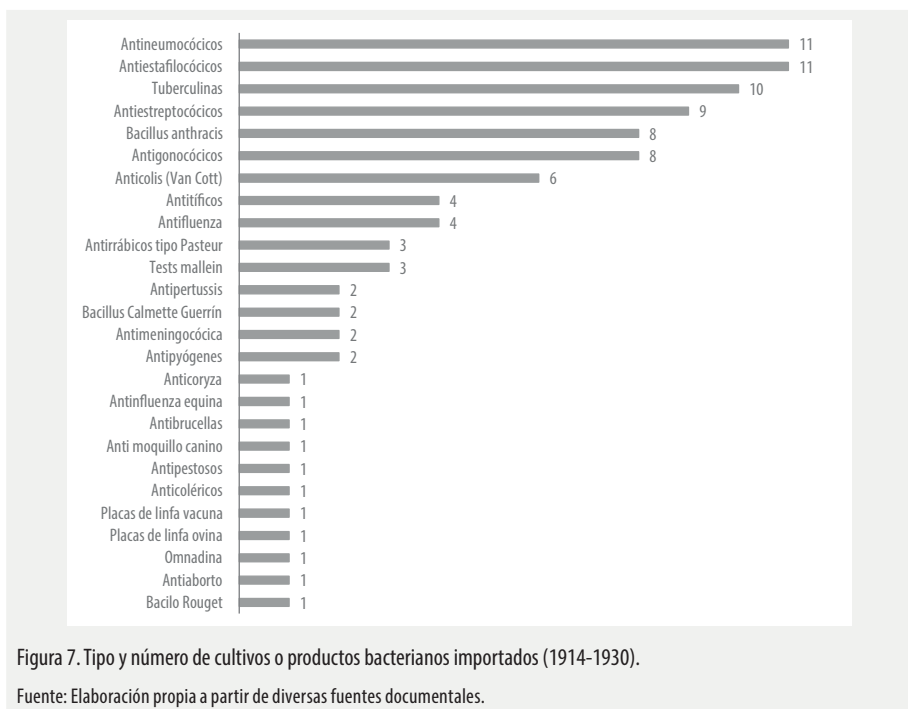
Fuente: Elaboración propia a partir de diversas fuentes documentales.



En términos globales, las instituciones locales, surgidas tanto de iniciativas privadas como estatales, concentraron su actividad en la elaboración de dos tipos de productos, los cultivos de *Bacillus anthracis* (productos comercializados bajo el nombre de “vacunas anticarbunclosas” y un nombre que indicaba la propiedad de



la institución que la elaboraba) y en distintos tipos de tuberculinas, consolidando las experiencias que hemos descripto más arriba (Figura 6). Por otro lado, también otras instituciones comenzaron a elaborar distintos tipos de cultivos para inoculación a partir del bacilo de Eberth, del gonococo de Neisser, del bacilo de Pfeiffer y de estafilococos, productos que eran comunes en el mercado internacional desde fines del siglo XIX, como ya mencionamos (Figura 7).



Estrategias de producción de conocimiento y de desarrollos: Lógicas académicas, políticas y comerciales en la producción de productos biológicos

Hemos visto, hasta aquí, que el campo de la producción y uso de sueros y vacunas estaba atravesado —hacia fines del siglo XIX y principios del siglo XX— por los intereses profesionales de médicos y veterinarios, por las lógicas de la política sanitaria que organizaba la intervención estatal en temas de salud, y por las expectativas de lucro que generaba su aplicación en la producción o su comercialización. La legitimidad de la bacteriología se traducían, en cada uno de estos espacios, en la posibilidad de desarrollar innovaciones que trajeran el reconocimiento y la consolidación de posiciones de prestigio dentro del campo profesional, en una mayor eficacia de las

medidas de intervención sanitaria, y en la posibilidad de obtener ganancias a partir de productos que eran demandados de forma creciente por los profesionales.

Desde un punto de vista que recupere las estrategias de los actores y las trayectorias de las instituciones, nos interesa en este apartado analizar tres casos en particular, para mostrar en ellos cómo se articulaban estas distintas lógicas. Partimos de la premisa de que, en todos los casos, estas dimensiones científico-médica, política y económica se entrecruzan, y las interpretaciones modelizadas que ofrecemos son, en última instancia, el resultado de un ejercicio analítico orientado a escindir unas de otras, pero sin perder de vista el carácter híbrido del espacio que estamos analizando.

El Laboratorio de Antitoxinas: innovación conceptual y desarrollo comercial

El primero de los casos que vamos a analizar es el Laboratorio de Antitoxinas (LA), creado a finales del año 1896 por los médicos Julio Méndez y Julio Lemos. A diferencia de los otros casos que vamos a analizar, el Laboratorio de Antitoxinas era un establecimiento pequeño, que consistía en un laboratorio junto a un establo y contaba con entre seis y siete empleados (algunos estudiantes de la Escuela de Medicina), ubicado en la Avenida Córdoba y Libertad (Rojas, 2019).

Allí se producían distintos cultivos bacterianos que eran comercializados bajo el nombre de “haptinógenos”, una denominación novedosa que da cuenta del rasgo característico de esta apuesta: el intento de perseguir la doble ambición de generar innovaciones conceptuales en el plano científico y la producción de productos novedosos con interés comercial.

Esta apuesta puede entenderse, en parte, a partir de la trayectoria de sus creadores, ligados a los espacios públicos de desarrollo de la bacteriología. Méndez, médico de Clínica Médica de Hombres del Hospital San Roque (luego Ramos Mejía), fue el director del Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública, donde también se había desempeñado Lemos. Ambos habían participado, allí, de la elaboración de los primeros sueros antidiftéricos, que significaron el conflicto con la Oficina Sanitaria Argentina ya señalado, y provocaron diversos cuestionamientos por parte del Departamento Nacional de Higiene sobre la calidad de esos productos. Si bien, luego de ese episodio, tanto Méndez como Lemos presentaron su renuncia al Laboratorio y fundaron el Laboratorio de Antitoxinas, siguieron ligados al espacio público y mantuvieron en sus desarrollos la su vocación de reconocimiento del mundo científico.

En este sentido, la mayor pretensión de originalidad científica fue la propuesta de una teoría alternativa a las ya conocidas, nombrada “teoría biológica argentina de la inmunidad”, que cuestionaba, en el plano teórico y práctico, a la seroterapia, y proponía una versión de la vacunoterapia que se consideraba superadora de las existentes. De acuerdo con Méndez, hacia la segunda mitad de la década de 1910 coexistían tres “escuelas” de uso de las vacunas bacterianas: la escuela inglesa, la escuela alemana y la escuela argentina (Méndez, 1914).

La primera era identificada con la vacunoterapia de Wright y su teoría de las opsoninas. Para Méndez, la *escuela alemana*, en cambio, representaba una aplicación a la vacunoterapia de las teorías de Paul Ehrlich sobre la neutralización química de las toxinas (cuyo emblema era el suero antidiftérico). De acuerdo con el médico, la escuela alemana, representada localmente por los médicos que hacían uso de la seroterapia de las dosis masivas y la nucleoproteína Dessy, más que

...pretende[r] colocar al enfermo en un alto grado de inmunización para contrarrestar la enfermedad, más que inspirado en la biología parece inspirarse en el viejo sistema alópata, en que la base de la terapéutica era excitar otras enfermedades para curar aquella. Aquí se trata de excitar, de provocar una nueva análoga enfermedad para curar la que existe. El absurdo se hace evidente de por sí. (Méndez, 1914, p. 786)

La escuela argentina, representada por Méndez y sus discípulos, estaba caracterizada por una serie de prácticas derivadas de la teoría biológica argentina de la inmunidad, cuyo axioma era que una enfermedad infecciosa era equivalente a dos procesos orgánicos, el fisiopatológico y el patológico (Méndez & García, 1917).

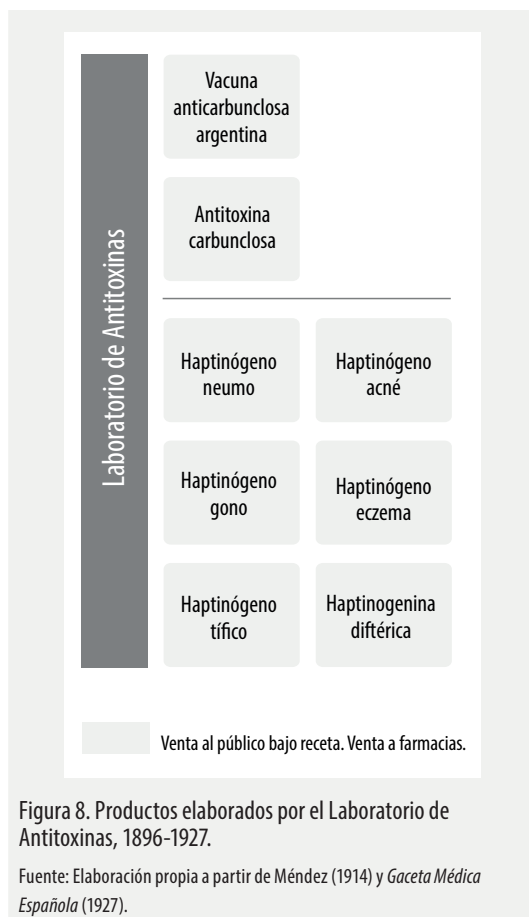
Durante el proceso fisiopatológico y patológico respectivamente, se producían dos tipos de sustancias, las *haptinas* (que producían la curación) y las *lysinas* (que producían la muerte).

La conclusión práctica derivada de la teoría biológica argentina de la inmunidad era que la inyección de los haptinógenos debía estimular en el organismo infectado la producción de haptinas para lograr la curación (Méndez & García, 1917).

La teoría biológica argentina de la inmunidad no fue planteada desde la fundación de la institución, sino que fue desarrollada con los años. Méndez presentó, entre 1898 y 1900, los primeros trabajos sobre elaboración de los cultivos y sueros que se obtenían en el Laboratorio de Antitoxinas en el Congreso Científico Latinoamericano y en la Sociedad Médica Argentina. Las técnicas de atenuación de la virulencia de estos productos, sin embargo, fueron mantenidas en secreto, a excepción de los de *Bacillus anthracis*, atenuados bajo el método de Pasteur y nombrados como vacuna anticarbunclosa argentina. Los sueros y los cultivos de *Bacillus anthracis*, así como los de gonococos de Neisser y bacilos de Eberth, fueron los primeros productos comercializados por el Laboratorio de Antitoxinas a partir de 1902 (Rojas, 2019). Estos últimos dos productos fueron comercializados en forma de un polvo amarillo equivalente a 3 cm³ que debía ser disuelto en solución fisiológica antes de ser inyectado. El nombre de ambos —remedio tífico y remedio gono— daba cuenta del concepto bajo el cual debían utilizarse, es decir, como una terapéutica (Cassinelli, 1904).

Ambos productos y el concepto de vacuna curativa fueron el inicio del planteamiento de la teoría biológica argentina de la inmunidad, que fue configurándose a partir de las experiencias con estos productos entre 1900 y 1917 en el Servicio de Ginecología del Hospital de Clínicas, dirigido por Enrique Bazterrica y luego por Carlos Castaño, y el Servicio de Clínica Médica de Hombres en el Hospital San Roque,

dirigido por el propio Méndez. Bajo este marco, el remedio tífico y el remedio gono fueron renombrados con el nombre de “haptinógenos”, es decir, productos que estimulaban la producción de haptinas. Asimismo, fueron seguidos por otros productos elaborados en el Laboratorio de Antitoxinas a partir de 1914, principalmente cultivos de estafilococos (haptinógeno acné), de bacilos de Pfeiffer (remedio neumógeno/haptinógeno neumógeno), y de *Corynebacterium diphtheriae* (haptinógeno diftérico) que conformaban, de acuerdo con Méndez, una familia de productos definidos de acuerdo a su función terapéutica, llamada “terapéutica esencial” (Figura 8).



En conclusión, esta institución se desarrolló guiada por distintas estrategias derivadas de una lógica científica. Por un lado, los objetivos iniciales de los médicos que participaron de su creación, Méndez y Lemos, fue la creación de un espacio en el cual llevar adelante una serie de estudios experimentales, alternativo al Laboratorio

Bacteriológico de la Asistencia Pública. En simultáneo a la introducción de los productos biológicos que surgieron de estos estudios, se fueron desarrollando una serie de conocimientos teóricos a través de los cuales legitimar su uso y conceptualizar las prácticas existentes. De acuerdo con Castaño, uno de los principales promotores de la vacunoterapia a nivel local, estos productos tenían cierta legitimidad no solo por su carácter científico, sino por representar un tratamiento alternativo y eficaz frente a los tratamientos antiguos:

Muchas enfermedades se entregaban a la cirugía, por no encontrar otros medios de curación, en las que esta llenaba sus fines de una manera radical, extirpando órganos importantísimos para tratar lesiones que en ellos existían. [...] pero felizmente, nuevos medios nos ha aportado la medicina y sus ramas diversas, con los nuevos descubrimientos del radio y del mesotórium en el tratamiento del cáncer, los rayos X ultrapenetrantes en los fibromas del útero y la vacunoterapia, por fin, en las distintas enfermedades y entre estas afecciones gonocócicas, principalmente las úteroaxiales, que forman, se puede decir, en su conjunto, gran parte de la ginecología. (Castaño, 1914, p. 815-816)

A pesar de las similitudes entre la teoría biológica argentina de la inmunidad y las propuestas de Wright, los productos de la terapéutica esencial del Laboratorio de Antitoxinas surgieron bajo la estrategia de colocar a la seroterapia y la vacunoterapia como terapéuticas teóricamente “absurdas”. Podemos suponer que estos productos tuvieron cierto éxito comercial, dado que no solo se comercializaban localmente, sino que tenían presencia en el dilatado mercado español de sueros y vacunas. En ese país también se difundía la teoría biológica argentina de la inmunidad a través de una publicación entregada a los clientes, que contenía sus enunciados y las pruebas experimentales de los haptinógenos (Gomis Blanco, 2007; *Gaceta Médica Española*, 1927), aunque no podemos derivar de allí un reconocimiento en el plano científico, del que es difícil encontrar registro más allá de quienes se encontraban estrechamente ligados a su aplicación. Más allá de estas cuestiones, los productos del Laboratorio de Antitoxinas se introdujeron en un escenario local en el cual, como veremos a continuación, también proliferaron otros tipos de productos biológicos, fundamentados teóricamente de modo distinto y que perseguían objetivos diversos.

El Instituto Biológico Argentino y la lógica de la apuesta comercial

El Instituto Biológico Argentino representa una apuesta de desarrollo de la lógica comercial, aunque mantuvo desde sus orígenes importantes relaciones con el mundo científico-académico. Desde su creación en 1908, esta institución estuvo ligada a las estrategias de su fundador, el médico italiano Silvio Dessy, y a las demandas de productos de origen biológico que surgieron desde distintos ámbitos de la atención médica. Dessy llegó a la Argentina contratado por el gobierno de la provincia de Buenos Aires en 1897 para dirigir el Instituto de Higiene Experimental, una institución

dependiente de la Dirección de Salubridad Pública de esa provincia. Posteriormente, en 1902, fue contratado por las autoridades de la Escuela de Medicina para dirigir el Laboratorio Central del Hospital de Clínicas y por las autoridades del Hospital Italiano para dirigir su Laboratorio Micrográfico (Dessy, 1944).

Los objetivos del médico italiano al crear el Instituto Biológico Argentino —dirigido por una sociedad accionaria—, fue crear una iniciativa similar a las instituciones bacteriológicas europeas: “Deseaba *si parva licet componere magnis*, que el Instituto Biológico Argentino fuera algo así como el Instituto Pasteur, el Instituto Seroterápico milanés y algunos otros que, ya en ese tiempo, gozaban del aprecio universal” (Dessy, 1944, p. 119).

En los hechos, el Instituto Biológico Argentino operó a través de un modelo organizacional similar al de las factorías estadounidenses y europeas, como Parke-Davis o Burroughs Wellcome & Co., en las cuales había una alta innovación en productos —junto a altos niveles de producción—, aunque una baja intención de innovar en el plano de los conocimientos científicos, a diferencia de lo que hemos visto en el caso anterior. El grueso de las tareas del Instituto Biológico Argentino estaba destinado a elaborar nuevos productos y a realizar las experiencias necesarias para su prueba¹². Esta dinámica estaba sustentada en la infraestructura de la que disponía la institución, y en la experiencia adquirida previamente por Dessy en otros laboratorios.

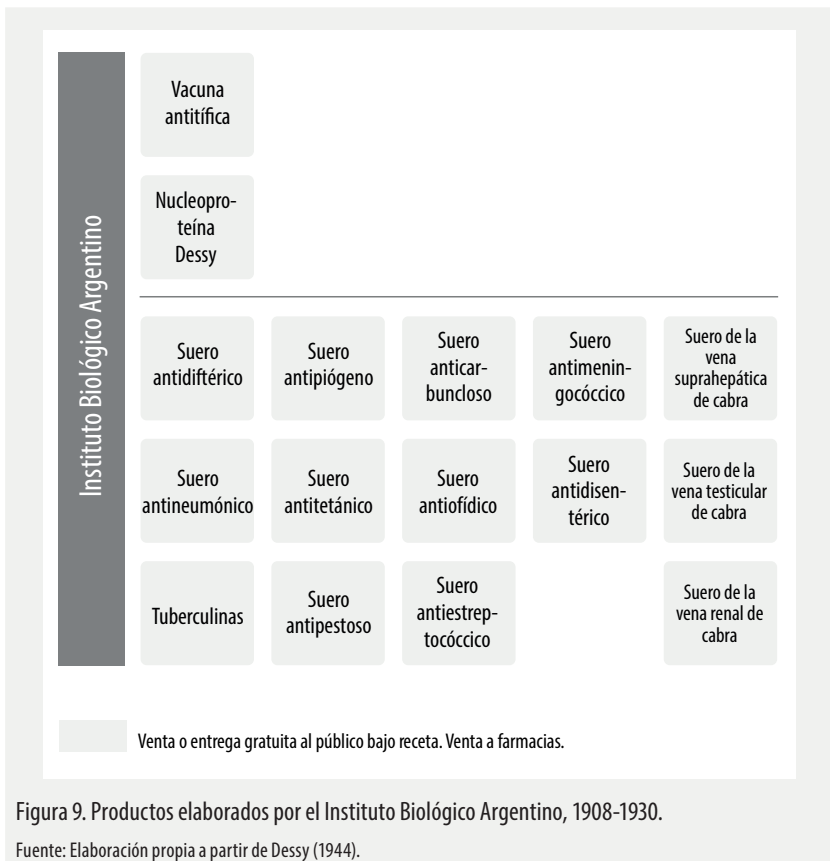
El Instituto Biológico Argentino comenzó sus actividades en una planta de importantes dimensiones construida en Florencio Varela, en la provincia de Buenos Aires. En esta planta se llevaban a cabo todas las etapas de la elaboración de sus productos, y se organizaba su distribución en camiones o motos. La institución contaba con secciones en las cuales se elaboraban una amplia variedad de productos, no solo de origen bacteriano (cultivos y sueros), sino también productos organoterápicos (extractos de órganos, órganos pulverizados, etcétera), productos de origen vegetal (extractos de boldo, harinas de soja), y químico (insecticidas y desinfectantes) (Dessy, 1944). Más allá de este esquema diversificado de productos, la apuesta más fuerte estuvo puesta en los productos de origen bacteriano o animal orientados al tratamiento de las enfermedades infecciosas.

En cuanto a los primeros, el Instituto Biológico Argentino se caracterizó por ofrecer vacunas curativas de dos tipos, la nucleoproteína Dessy y la vacuna antitífica, y dos tipos de tuberculinas. El desarrollo de la nucleoproteína Dessy se había iniciado en el Instituto de Anatomía Patológica de Florencia, en el cual Dessy fue discípulo de Guido Banti, en el Instituto de Higiene Experimental y en el Laboratorio Central. En el Instituto Biológico Argentino, Dessy adaptó la técnica de los médicos italianos Alessandro Lustig y Gino Galeotti para obtener la nucleoproteína (el componente de mayor virulencia de la bacteria) de gonococos de Neisser, utilizando potasa como químico destructor, y luego precipitando y filtrando el cultivo (Dessy, 1944).

¹²Algunos de estos trabajos fueron publicados en la *Revista Sudamericana de Endocrinología, Inmunología y Quimioterapia*, una iniciativa comenzada por Dessy en 1913 y sucesora de la *Revista Sudamericana de Ciencias Médicas* (creada en 1902 y editada hasta 1905).

La vacuna antitífica y las tuberculinas fueron productos cuyas técnicas de elaboración también comenzaron a desarrollarse en Florencia y los laboratorios dirigidos por Dessy. La primera también consistía, al igual que la nucleoproteína Dessy, en un filtrado de un cultivo tratado con potasa (Cassinelli, 1904). Las tuberculinas comercializadas por el Instituto Biológico Argentino, en cambio, eran elaboradas bajo el método original de Koch o bajo un método propio, consistente en lisar los cultivos en estufa en presencia de cloroformo, es decir, un proceso de destrucción de la membrana celular de la bacteria para obtener las endoxotinas (Dessy, 1944).

Por otro lado, en el Instituto Biológico Argentino se elaboraban distintos tipos de sueros, tanto antiinfecciosos o antitóxicos (anticarbunclosos, antidiftéricos, antiescarlatinosos, antimeningocócicos), como “normales”, es decir, sueros extraídos de un animal (principalmente cabras), que no contenían sustancias específicas producidas por la infección de su organismo. En el Instituto Biológico Argentino estos productos fueron elaborados por la demanda de algunos médicos, pero también por la experiencia acumulada obtenida en el Laboratorio Central. Para obtener estos



sueros, por ejemplo, eran necesarios conocimientos expertos en técnica operatoria para operar a las cabras (Dessy, 1944) (Figura 9).

En cuanto al modo de legitimar —en términos científicos— estos productos, no existieron teorías novedosas que surgieran desde el Instituto Biológico Argentino. Dessy y sus discípulos recuperaron el marco propuesto por Wright. Algunos de los cultivos comercializados por el Instituto Biológico Argentino, como la vacuna antitífica, eran utilizados para tratar las infecciones del bacilo de Eberth bajo el método de Wright, es decir, a través de inyecciones progresivas de 3 cm³ durante la “fase positiva” del paciente. En tanto otras, como la nucleoproteína Dessy, eran utilizadas para producir reacciones orgánicas intensas que derivaban en la cura del paciente. El modo de enlazar estos supuestos con la dimensión técnica era a través de la forma en que los productos eran envasados y comercializados. Los cultivos y productos bacterianos, envasados en ampollas de 3 cm³, recibían letras o números de acuerdo a la cantidad de bacterias y dosis por cm³ (1, 2 o 3 dosis y 400 millones, 500 millones, etcétera), a diferencia de la nucleoproteína Dessy (que no era graduada) y los sueros, envasados en ampollas de 20 cm³, con un número de unidades antitóxicas o poder antiinfeccioso por cm³ (500 unidades, 1000, etcétera) (Castaño, 1921; Dessy, 1944).

Como ya se ha mencionado, existía una demanda de conocimientos que surgía de los espacios vinculados al Instituto Biológico Argentino, en particular, de productos biológicos utilizados en el diagnóstico y la terapéutica de algunas enfermedades infecciosas (Dessy, 1944; Rojas, inédito). Estos espacios también eran utilizados para experimentar con productos nuevos. El Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano, por ejemplo, fue uno de los espacios en los cuales la nucleoproteína Dessy fue ensayada y sus procedimientos de uso (inyecciones sucesivas de entre uno y dos gramos de producto) legitimados:

Lo que mejor demuestra la especificidad de los núcleos proteicos bactericos, es el conjunto de resultados obtenidos en las experiencias hechas por nosotros en nuestra clínica con nuestro procedimiento de inmunización y los resultados obtenidos en el laboratorio de experimentadores, Lustig, Galeotti, Malenchini, Dessy, etcétera y nosotros, los que hemos reconocido con alta imparcialidad muchas ventajas, que hacen preferir este procedimiento a otros métodos, también buenos de inmunización. [...] con la inyección de nucleoproteína introducimos la sustancia inmunizante en estado de relativa pureza, sin mezcla de otros productos tóxicos del bacterio o del terreno cultural. (Grapiolo, 1911, p. 542)

La apuesta comercial y la dinámica de interacción entre distintos espacios de atención médica tuvieron cierto éxito, dado que el Instituto Biológico Argentino aún existe hasta la actualidad y tiene presencia en diversos países. La *nucleoproteína Dessy* era ampliamente recomendada en el Servicio de Ginecología del Hospital de Clínicas dirigido por Castaño, sucesor de Enrique Bazterrica, como un tratamiento estándar de la blenorragia (Castaño, 1921). Durante las primeras décadas del siglo XX, el éxito del Instituto Biológico Argentino también lo posicionó como un competidor

del Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene, o una opción laboral frente a este. De hecho, Dessy contrató en 1921 a Alois Bachmann, director del Instituto Bacteriológico, como director de Estudios Científicos, una función en la que se encargaba directamente de supervisar la elaboración de los sueros y de los cultivos bacterianos.

Instituto Bacteriológico y Conservatorio de Vacuna del Departamento Nacional de Higiene

El tercer caso es el Instituto Bacteriológico y Conservatorio de Vacuna del Departamento Nacional de Higiene (IB). Argumentamos que el Instituto Bacteriológico era una institución híbrida, cuya trayectoria fue condicionada por la lógica de la política, la intervención sanitaria y la científica. Las diferentes estrategias llevadas adelante desde el Instituto Bacteriológico fueron el producto de la superposición de las expectativas en la incorporación del paradigma bacteriológico, así como también de los intereses de los actores que ocupaban los lugares dominantes en los diferentes espacios institucionales vinculados al Instituto (principalmente la Escuela de Medicina, la Casa de Aislamiento/Hospital Muñiz) (Zabala & Rojas, 2021).

En el plano de la intervención sobre el campo de productos biológicos, el Instituto Bacteriológico se caracterizó por las diferentes apuestas surgidas de su carácter híbrido. Hacia finales del siglo XIX, en una primera etapa marcada por la escasa disponibilidad de recursos e infraestructura, en el Instituto Bacteriológico se elaboraban los productos que estaban en auge en Europa y EEUU, principalmente por el impulso que la vanguardia de médicos bacteriólogos le dio a la adopción y elaboración local de nuevas terapéuticas. Luego de la contratación del bacteriólogo austriaco Rudolf Kraus para dirigir la institución, en 1913, y la inauguración de un nuevo establecimiento construido especialmente para llevar a cabo todas las fases de elaboración de productos biológicos, el Instituto Bacteriológico dio un salto en la variedad de productos que elaboraba, respondiendo a las crecientes demandas de los espacios de atención (los hospitales) y comerciales (las farmacias) ocurridos durante la primera década del siglo XX. Esta característica le permitía elaborar o adaptar nuevos productos en un lapso de pocos meses, como en el caso de la vacuna antigripal de 1918, o autovacunas a pedido (Carbonetti, 2021; Departamento Nacional de Higiene, 1921).

En la primera etapa, hasta 1913, el Instituto Bacteriológico formó parte de la incorporación de la seroterapia a la tradición local de tratamiento de las enfermedades infecciosas. La elaboración de sueros antidiftéricos fue iniciada en 1894 y se sostuvo hasta después de la fundación definitiva y su traslado al nuevo establecimiento en Barracas al Norte, en 1916. Hacia 1906, el ya creado Instituto Bacteriológico contaba con 15 trabajadores que elaboraban, además del suero antidiftérico, otros tres productos, virus Danysz (un cultivo de bacterias *Salmonella* utilizado para matar ratas), tuberculina y vacuna Haffkine para la peste bubónica (producto consistente en un filtrado de cultivos del bacilo de Yersin) (Zabala & Rojas, 2021). Uno

de los principales productos elaborados por el Instituto Bacteriológico durante esta etapa fue la vacuna contra la viruela (cowpox o linfa vacuna). En cuanto a este producto, entre 1870 y principios de 1880 surgieron dos instituciones que recuperaban las experiencias de los conservatorios de vacuna europeos y estadounidenses, creadas bajo control estatal: el Conservatorio de Vacuna, dependiente de la Escuela de Agronomía y Veterinaria de Santa Catalina (en la provincia de Buenos Aires) y el Conservatorio de Vacuna de la Capital Federal.

Este último fue puesto bajo la dependencia del Departamento Nacional de Higiene hacia 1890 y hasta principios de siglo, cuando fue trasladado al mismo establecimiento que el Instituto Bacteriológico en Barracas al Norte, ocupaba un predio frente a la Sociedad Rural. Durante los años en que funcionó en el establecimiento de Barracas al Norte, su producción dio un salto, en tanto su personal fue creciendo de manera menos veloz (17 trabajadores en 1906 y 30 permanentes en 1919) (Zabala & Rojas, 2021; Poder Ejecutivo Nacional, 1909; 1918).

Hacia 1919, luego del traslado del Instituto Bacteriológico al nuevo establecimiento, el salto cuantitativo en su personal se vio acompañado por la diversificación en la elaboración de productos (organoterápicos, cultivos y sueros) y un aumento considerable en su producción. Bajo la dirección de Kraus (1913-1921), por ejemplo, los cultivos se habían comenzado a tratar bajo un procedimiento estandarizado. Este método, originalmente utilizado por Hyacinthe Vincent para la elaboración de cultivos antitíficos, consistía en cultivar en caldo de carne peptonizado distintas razas bacterianas de una misma especie (lo que era conocido como *polivalencia*) en 24 horas, para luego emulsionar los cultivos con solución fisiológica y dejarlos macerar. Al producto resultante de esta maceración se le adicionaba éter, que luego era evaporado calentando el producto a baño María a 35°. De este modo, las bacterias eran lisadas, es decir, que perdían su virulencia pero conservaban su poder antigénico. Por otro lado, las vacunas antirrábicas eran elaboradas siguiendo el método de Pasteur, de atenuación por pasaje en conejos, extracción y pulverización de su médula (Departamento Nacional de Higiene, 1921) (Figura 10).

El aspecto de la producción a gran escala era uno de los objetivos que se habían institucionalizado durante la gestión de José Penna en el Departamento Nacional de Higiene, respondiendo a los requerimientos de una técnica específica de utilización de los sueros llamada “dosis masiva”, que se había desarrollado durante la epidemia de peste bubónica en la Casa de Aislamiento (entre los años 1900 y 1906). Esta técnica consistía en inyectar grandes cantidades de suero (100 cm³, cuando el estándar eran 20 cm³) cuando se iniciaba una enfermedad infecciosa y en el ámbito de la atención hospitalaria. En el plano cognitivo, esta técnica se fundamentaba en el supuesto de que las sustancias antitóxicas contenidas en los sueros actuaban directamente sobre las toxinas o bacterias productoras de la enfermedad neutralizándolas en el acto. Además, Penna proponía que las enfermedades que tenían como agente etiológico a bacterias productoras y no productoras de exotoxinas, también podían ser tratadas por esta técnica, como la difteria, el carbunco y la meningitis cerebroespinal epidémica, utilizando sueros antitóxicos o normales. De hecho, Kraus, Penna y Juan Bonorino Cuenca llevaron a cabo experiencias con el suero normal de caballo

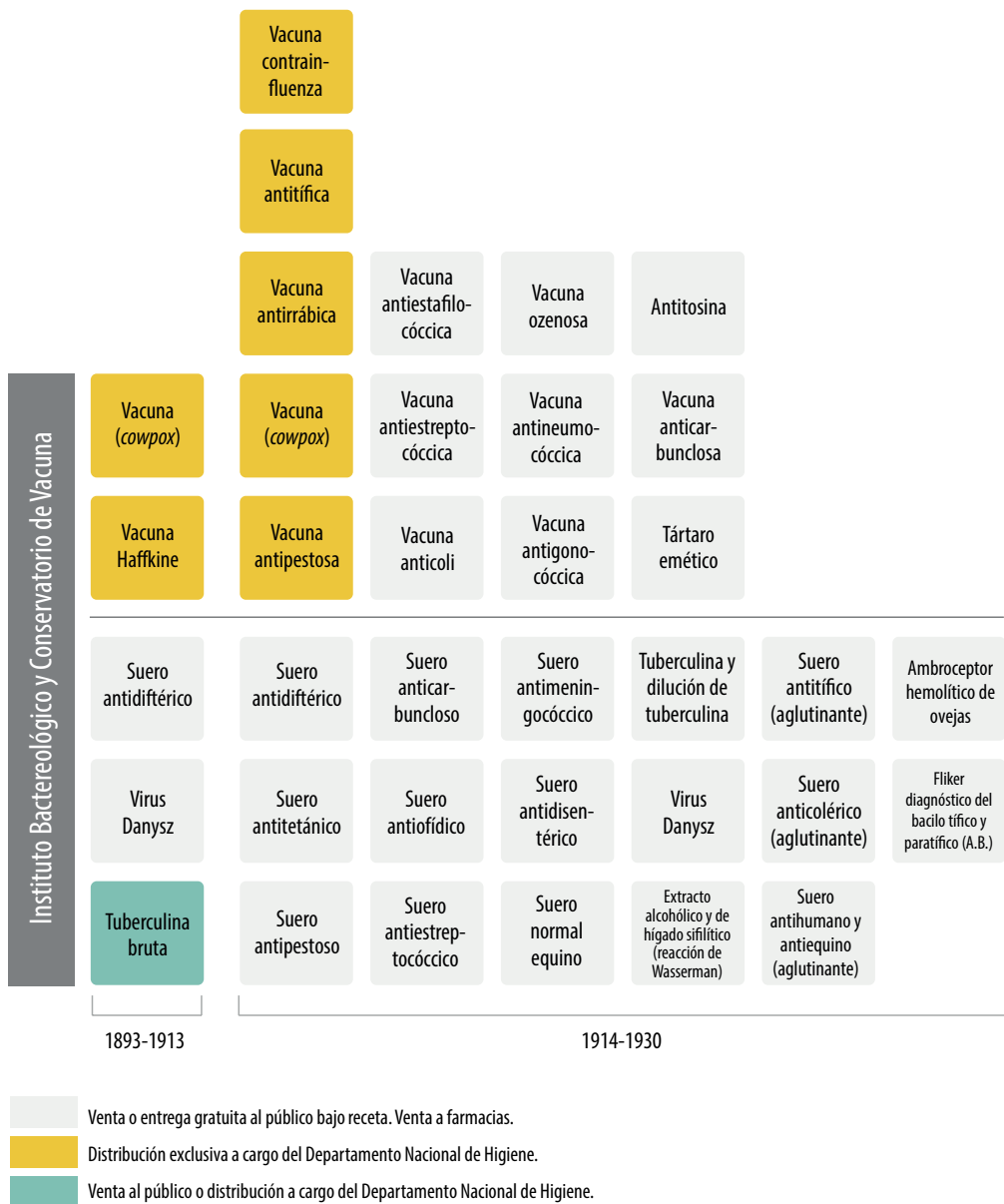


Figura 10. Productos elaborados por el Instituto Bacteriológico y Conservatorio de Vacuna del Departamento Nacional de Higiene, 1893-1930.

Fuente: Elaboración propia a partir de Dirección Nacional de Higiene (1921).

y de bovino en el Hospital Muñiz, antes de su comercialización, bajo el supuesto de que las sustancias no específicas presentes en la sangre de estos animales podían neutralizar las bacterias en el organismo. Asimismo, Kraus y Mazza llevaron a cabo una serie de estudios que recuperaban los supuestos de Penna proponiendo una teoría alternativa, la “heterobacterioterapia”, de acuerdo con la cual cualquier tipo de cultivo bacteriano podía curar las enfermedades infecciosas, independientemente de la especie bacteriana productora de la enfermedad, dada la afinidad entre las proteínas que conformaban a estos microorganismos. Este concepto se llevaba a la práctica inyectando cantidades crecientes de cultivos, produciendo y vigilando una curva térmica acentuada en cada paciente (Kraus & Mazza, 1916).

Casi todos los productos estaban volcados al mercado local, con algunas excepciones en cuanto a la exportación, y eran vendidos en las farmacias de acuerdo a tarifas fijadas por el Poder Ejecutivo. También podían ser cedidos si se presentaba un certificado de pobreza. Otros productos, como la vacuna antipestosa y la vacuna antirrábica, eran distribuidos exclusivamente por el Estado a los hospitales, las asistencias públicas de las provincias y las dársenas del puerto, siguiendo el criterio de la “masividad”, que suponía la provisión constante de dosis de sueros y cultivos en los establecimientos y los circuitos establecidos anteriormente por la linfa vacuna. Es decir que su distribución no seguía estrictamente criterios o supuestos sanitario-epidemiológicos (como la irrupción de epidemias) o poblacionales. Asimismo, estos productos, junto con la linfa vacuna elaborada en el Conservatorio, se utilizaban para inocular a grupos que vivían en comunidad, como los conscriptos, militares, funcionarios, etcétera, de acuerdo a algunos marcos legales vigentes (la Ley de vacunación y revacunación obligatoria o la disposición del Poder Ejecutivo de 1915 de vacunación en la Armada y el Ejército) (Departamento Nacional de Higiene, 1921).

Conclusiones

Hemos analizado, a lo largo del trabajo, el modo en que la producción de sueros y vacunas significó un elemento que dinamizó fuertemente el campo científico-médico, tanto por la producción de conocimientos asociados, como por los desarrollos institucionales y las apuestas comerciales en torno a estos productos. Nos interesa rescatar, brevemente, algunas de las principales fuerzas que guiaron este proceso, con el fin de comprender mejor el desarrollo del campo científico-médico de principios de siglo, así como para plantear preguntas para futuros trabajos.

Una primera cuestión que resulta interesante destacar es la legitimidad de la que gozaba la bacteriología en el período analizado, un elemento que funcionó como una fuerza unificadora de las distintas lógicas, actores y espacios que confluyeron en su desarrollo. Ya sea por la efectividad demostrada por algunos productos, ya sea por la supuesta utilidad que las técnicas de la vacunoterapia y seroterapia prometían tener sobre el conjunto de las enfermedades infecciosas, la creencia en la potencialidad de la bacteriología habilitó una diversidad de estrategias, trayectorias y apuestas, de las que hemos retratado algunas. En qué medida esa legitimidad y

esas expectativas se mantuvieron en los años siguientes, y sobre todo cómo, cuándo y por qué se produce su declive, es un asunto que requiere indagaciones posteriores.

Ligado a lo anterior, una característica del período analizado que nos interesa rescatar es la flexibilidad interpretativa (Bijker, 1995) en torno a las terapias bacterianas, es decir, la diversidad de supuestos conceptuales, formas de producción y, sobre todo, de administración y evaluación con que los distintos actores justificaban y legitimaban sus acciones. Si bien hemos apenas esbozado este tema, nos resulta evidente que la multiplicidad de productos y criterios de evaluación del comportamiento de estos desarrollos (en definitiva, cuándo y cómo se consideraba que servían o no para curar las enfermedades infecciosas) nos advierten acerca de los recaudos que debemos tomar al momento de proponer generalizaciones. La potencialidad de las técnicas, por un lado, y la poca sistematicidad de algunas teorías, por el otro, desplegaba un amplio e incierto terreno en el que los propios protagonistas parecían moverse, en muchos casos, a tientas, aunque no por ello de forma dubitativa.

Dos últimas cuestiones nos resultan particularmente relevantes. Por un lado, el papel protagonista que le hemos asignado, a partir del análisis de las distintas fuentes, al grupo de médicos, y en cierta medida también a los veterinarios, que lideraron el desarrollo local de la bacteriología. Esto se justifica, desde nuestro punto de vista, en el énfasis que puede observarse en sus discursos y acciones en la defensa de las prácticas de laboratorio, lo que entendemos que refleja la cristalización, durante las primeras décadas del siglo XX, de una nueva modalidad profesional ligada a la investigación científica, que se verá definitivamente institucionalizada en las décadas siguientes. Por otro lado, la contracara de este proceso de autonomización de la actividad científica es la proximidad que establece con el campo de las políticas sanitarias, ya sea en términos de definición de agendas, de orientación de las investigaciones y de evaluación de resultados. Hemos ofrecido, en este trabajo, la interpretación de que se trató de una relación estrecha, en buena medida por el aún incipiente desarrollo del campo y la superposición de actores en uno y otro espacio, pero que suponemos más densa a medida que estos espacios crecen y se complejizan, y los procesos de toma de decisiones comienzan a ser tensionados por la imposición de lógicas propias de cada uno de ellos.

Bibliografía

- Anschütz, G. (1913). Sobre las causas más probables del mantenimiento de la morbilidad de la difteria en la República Argentina. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, v. 20, n. 6, p. 1321-1333.
- Armus, D. (2016). Medicina casera, remedios y curanderos en los inicios de la medicalización de la ciudad moderna. Buenos Aires, 1870-1940. *Tempos Históricos*, v. 20, n. 1, p. 47-80. doi: 10.36449/rth.v20i1.14670.
- Barnes, D. S. (2003). Spreading Germs: Disease Theories and Medical Practice in Britain, 1865-1900. *Medical History*, v. 47, n. 1, p. 113-115. Recuperado de: <https://bit.ly/3CKGApo>.
- Bernier, D. G. J. (1895). Policía Sanitaria de los Animales Domésticos. *Revista de la Facultad de Agronomía y Veterinaria de la Universidad de La Plata*, v. 1, n. 1-4, p. 52-54. Recuperado de: <https://bit.ly/3r89bmb>.

- Bijker, W. (1995). *Of Bicycles, Bakelites, and Bulbs. Toward a Theory of Sociotechnical Change*. Cambridge: MIT Press.
- Buch, A. (2006). *Forma y función de un sujeto moderno. Bernardo Houssay y la fisiología argentina (1900-1943)*. Bernal: Editorial UNQ.
- Campins, M.; Pfeiffer, A. (2011). La importancia de las redes sociales en los orígenes de la industria farmacéutica argentina. El caso de los catalanes. *Revista de Historia Industrial*, n. 47, p. 15-50.
- Carbonetti, A. (2021). Vacuna durante la “gripe española” en Argentina, 1918-1919. Debates teóricos y elaboración de una terapéutica en la periferia de la ciencia. *Apuntes*, v. 48, n. 89, p. 39-63. doi: 10.21678/apuntes.89.1460.
- Castaño, C. A. (1921). *Lecciones de terapéutica y clínica ginecológica*. Buenos Aires: La Semana Médica - Imprenta Spinelli.
- Castaño, C. A. (1914). Vacunoterapia gonocócica en las afecciones útero axiales. *Revista de la Sociedad Médica Argentina*, n. 22, p. 815-842.
- Cassinelli, L. R. (1904). *Vacunas bacterianas. Trabajo experimental hecho en el Laboratorio Central del Hospital de Clínicas. Tesis presentada para optar al grado de doctor en medicina*. Buenos Aires: La Semana Médica - Imprenta Spinelli. Recuperado de: <https://bit.ly/32uzKYz>.
- Departamento Nacional de Higiene (1907). *Guía práctica para médicos, farmacéuticos, parteras, dentistas, veterinarios, auxiliares, de farmacia, etc.* Buenos Aires: Imprenta Sarraméa y Lajous.
- Departamento Nacional de Higiene (1921). *El Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene en su quinto aniversario*. Buenos Aires: Ministerio del Interior - Imprenta Preusche y Eggeling.
- Dessy, S. (1944). *Mi vida americana*. Buenos Aires: Carlos Vergara Editor.
- Estapé Egea, M. (2015). *El Instituto Ravetllat-Pla durante el franquismo (1939-1955): Estrategias comerciales y científicas del medicamento y la reconceptualización de la sueroterapia*. Tesis de doctorado. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10803/299196>.
- Gaceta Médica Española (1927). Haptinógenos. *Gaceta Médica Española*, n. 12, p. 427.
- García, V. M. (2020). *La construction et la régulation de l'industrie et d u marché des médicaments en Colombie (1914-1971): contribution à une histoire de la mondialisation du médicament*. Tesis de doctorado. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS).
- Geison, G. L. (1995). *The Private Science of Louis Pasteur*. New Jersey: Princeton University Press.
- Gomis Blanco, A. (2007). El registro español de sueros y vacunas con anterioridad a la guerra civil. En: González Bueno, A.; Rodríguez Nozal, R.; Moreno Toral, E. (eds.). *Simples y compuestos. El medicamento en la historia*. Madrid: Sociedad de Docentes Universitarios de Historia de la Farmacia de España. p. 171-186. Recuperado de: <https://bit.ly/30Tlirv>.
- Gradmann, C.; Simon, J. (eds.) (2010). *Evaluating and Standardizing Therapeutic Agents, 1890-1950 (Science, Technology and Medicine in Modern History)*. New York: Palgrave-MacMillan.
- Grapiolo, F. (1911). Clínica Médica del Hospital Italiano. Nucleoproteína gonocócica. *La Semana Médica*, v.18, n. 38, p. 542-548.
- Ivern, A. (1987). *Vida y obra de Salvador Mazza: Historia de una epopeya científica*. Rosario: Servicio de Publicaciones UNR.
- Kraus, R.; Mazza, S. (1916). Terapéutica heterobacteriana (tres comunicaciones). En Departamento Nacional de Higiene (ed.). *Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene: Memoria Informativa*. Buenos Aires: Talleres Weiss y Preusche, p. 90-111.

- Lugo Márquez, S. (2011). *Ciencia, industria e ideología desde la Cataluña del siglo XX. La heterodoxia incluyente del Instituto Raveillat-Pla (1919-1936)*. Tesis de doctorado. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de: <https://bit.ly/3DLFB9A>.
- Ministerio de Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (1895). *Memoria presentada a la Honorable Legislatura por el Ministro de Obras Públicas Dr. Emilio Frers (1894-1895)*. La Plata: Talleres de Publicaciones del Museo. Recuperado de: <https://bit.ly/3oUDsIT>.
- Méndez, J. (1914). Acción de la vacuna gonocócica y manera de aplicarla en la práctica. *Revista de la Sociedad Médica Argentina*, n. 22, p. 783-796.
- Méndez, J.; García, L. (1917). Estudio clínico sobre el tratamiento de la haptinogenina (1era. Memoria). *La Semana Médica*, n. 10, p. 277-295.
- Poder Ejecutivo Nacional de la República Argentina (1918). *Ley de Presupuesto General de la Argentina para 1919*. Buenos Aires: Imprenta del Ministerio de Agricultura.
- Poder Ejecutivo Nacional de la República Argentina (1909). *Ley de Presupuesto General de la Argentina para 1909*. Buenos Aires: Imprenta de Pedro Márquez.
- Prego, C. A. (2001). Estado, universidad y prácticas experimentales en el campo biomédico: Génesis del primer Instituto Universitario. *Saber y Tiempo. Revista de Historia de la Ciencia*, v. 3, n. 11, p. 51-70. Recuperado de: <https://bit.ly/3FLS3Xq>.
- Quevedo, J. M. (1909). *Las epizootias del ganado argentino*. Buenos Aires: Biblioteca Rural Argentina.
- Ramos Mejía, J. M. (1898). *Memoria del Departamento Nacional de Higiene, correspondiente a los años 1892, 1893, 1894, 1895, 1896 y 1897. Presidencia del Dr. José M. Ramos Mejía*. Buenos Aires: Imprenta El Correo Español.
- Rodríguez Ocaña, E. (2007). La producción social de la novedad: el suero antidiftérico, “nuncio de la nueva medicina”. *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, v. 27, p. 33-44. Recuperado de: <https://bit.ly/3njfRVF>.
- Rojas, N. (inédito). *La institucionalización del paradigma bacteriológico a la veterinaria y la medicina en Argentina: Marcos institucionales, tradiciones de conocimiento y políticas sanitarias (1880-1920)*. Proyecto de tesis de maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Rojas, N. F. (2019). *Conocimientos bacteriológicos, trayectorias institucionales e intervención sanitaria: la creación del Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene (1886-1904)*. Tesis de licenciatura. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes. Recuperado de: <https://bit.ly/3HQP6XG>.
- Rojas, N. F.; Zabala, J. P. (2021). La “revolución seroterápica” en Buenos Aires. Tensiones y articulaciones políticas y profesionales en torno a la investigación científica y la producción de sueros (1894-1904). *Asclepio. Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología Médica*, v. 73, n. 2, p. 569. doi: 10.3989/asclepio.2021.27.
- Rosenberg, C. E. (1987). *The Care of Strangers: The Rise of America's Hospital System*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Rosenberg, C. E. (1979). The Therapeutic Revolution: Medicine, Meaning, and Social Change in Nineteenth-Century America. En: Rosenberg, C. E.; Vogel, M. J. (eds.). *The Therapeutic Revolution: Essays in the Social History of American Medicine*, Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Sedran, P. M.; Carbonetti, A. (2019). Miracle cures: advertisements for various medications in the Santa Fe press, Argentina (1890 -1918). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 26, n. 4, p. 1121-1137. doi: 10.1590/S0104-59702019000400005.
- Shapin, S.; Schaffer, S. (2005). *El Leviathán y la bomba de vacío. Hobbes, Boyle y la vida experimental*. Bernal: UNQ.

- United States Department of Agriculture (1914). List of Licences and Permits Issued for Manufactured and Importation of Veterinary Biological Products. *Service and Regulatory Announcements*. Washington: Government Printing Office, p. 53-55.
- Vallejo, M. (2021). La “linfa de Koch” en Buenos Aires (1890-1891): Médicos fraudulentos, xenofobia y honor en la cultura sanitaria. *Anuario de la Escuela de Historia Virtual*, v. 12, n. 19, p. 47-69. Recuperado de: <https://bit.ly/3p1AqMu>.
- Vacunas y Sueros Ligniérés (1917). *El consejero del hacendado. Manual práctico*. Buenos Aires: edición a cargo de la empresa.
- Worboys, M. (2010). ‘The Wright Way’: The Production and Standardization of Therapeutic Vaccines in Britain, 1902-13. En: Gradmann, C.; Simon, J. (eds.) *Evaluating and Standardizing Therapeutic Agents, 1890-1950 (Science, Technology and Medicine in Modern History)*. New York: Palgrave-MacMillan.
- Worboys, M. (2007). Was there a Bacteriological Revolution in late nineteenth-century medicine? *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, v. 38, n. 1, p. 20-42. doi: 10.1016/j.shpsc.2006.12.003.
- Zabala, J. P. (2010). *La enfermedad de Chagas en la Argentina: Investigación científica, problemas sociales y políticas sanitarias*. Bernal: UNQ.
- Zabala, J. P.; Rojas, N. F. (2021). El Instituto Bacteriológico de Argentina. Hibridación de política, ciencia y atención médica entre 1890 y 1930. En: Viales Hurtado, R.; Rodríguez Sánchez, C. (eds.). *Historia de la Microbiología en contexto global*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica. En prensa.
- Zabala, J. P.; Rojas, N. F. (2020). Historia de la microbiología en América Latina desde la perspectiva de los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología. *Diálogos. Revista Electrónica de Historia*, v. 21, n. 1, p. 138-165. doi: 10.15517/dre.v21i1.39376.
- Zeballos, E. S. (1888). *A través de las cabañas*. Buenos Aires: Imprenta Jacobo Peuser.

Augusto Bunge y la vacuna Friedmann para la “extinción de la tuberculosis”: Iniciativas políticas y debates médicos contra una pandemia (Argentina, 1934)

*Adrián Carbonetti*¹

Introducción

Entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX, a la Argentina comenzaba a desarrollarse una pandemia que se había extendido por todo el mundo, no se trataba de una enfermedad de carácter epidémico sino de una dolencia endémica que generaba una alta letalidad y mortalidad: la tuberculosis. Enfermedad relacionada a condiciones de vida paupérrimas que en los países centrales estaba relacionada a los escenarios que generaba la Revolución Industrial y que en nuestro país estaba asociada al crecimiento de la población como consecuencia de los flujos migratorios transatlánticos que forjaron condiciones de pobreza e indigencia ya que muchos de aquellos que arribaban a la Argentina se asentaban en conventillos e inquilinatos donde las condiciones de hacinamiento eran comunes. A su vez, los sectores populares criollos vivían en los ranchos en los márgenes de las ciudades, por ello se trató de una enfermedad primordialmente urbana. A estas condiciones habitacionales se sumaban los contextos laborales caracterizados por jornadas de trabajo agotadoras en lugares antihigiénicos y una dieta alimenticia deficiente (Carbonetti, 2011).

Lo cierto es que, a principios del siglo XX, la tuberculosis se transformó en la principal causa de muerte en la Argentina. Y, en 1918, representó el 12% del total de muertes, con una tasa de mortalidad de 175 por cada 100.000 habitantes (Herrero & Carbonetti, 2013). A partir de ese momento, la curva de las muertes por esta enfermedad comenzó a caer, durante toda la tercera década del siglo XX y en los 15 años posteriores (1931-1946) “se observa un descenso constante del número de fallecimientos hasta alcanzar una tasa de 72,6 por cada 100.000 habitantes, es decir, al término de 28 años, la tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó un 58,9%” (Herrero & Carbonetti, 2013, p. 526). A pesar de este descenso marcado, la

¹Licenciado en Historia, doctor en Demografía. Investigador principal, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Director, Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, Universidad Nacional de Córdoba (CIECS-CONICET-UNC). Profesor titular, Centro de Estudios Avanzados, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba (CEA-FCS-UNC) y en la Facultad de Humanidades y Ciencias, Universidad Nacional del Litoral (UNL), Argentina.

tuberculosis se había transformado en un problema sanitario para la sociedad y el Estado argentino. Anárquicamente, se fue creando un sistema de atención constituido por sanatorios destinados a internar un gran número de tuberculosos, de los cuales el Sanatorio Santa María —administrado por el Estado y ubicado en las sierras de Córdoba— era la nave estandarte. No obstante, muchos sanatorios aparecieron tanto en las grandes ciudades como en localidades menores con administraciones privadas o de las sociedades de beneficencia. En ese mismo período, muchos médicos comenzaron a interesarse por la tisiología como una especialidad, se formaron cátedras e institutos de investigación en tisiología (Carbonetti, 2003), se generaron cursos de posgrado al cual asistían médicos de diversos países de América Latina, y gran parte de estas iniciativas tenía como epicentro la Universidad Nacional de Córdoba (Carbonetti, 2008a).

No existía un método efectivo de tratamiento de la enfermedad, más allá de la cura higiénico-dietética y el descanso, y por lo tanto se producía una inmigración desde las ciudades a las sierras de Córdoba, caracterizadas por el clima apto para la cura según el criterio médico de la época, aunque también existían otros destinos (Carbonetti, 2008b). No obstante, a lo largo de la primera mitad del siglo XX fueron apareciendo otros métodos para el tratamiento de la tuberculosis como las sales de oro, el neumotórax artificial y la toracoplastia (Carbonetti, 2011). Pero las terapias más comunes eran las que estaban relacionadas con el clima y la alimentación.

Todas estas características y los grupos etarios que atacaba (personas en edad productiva y reproductiva) generaban dificultades en relación con la mano de obra, la tisiofobia social (miedo al contagio), gastos por parte del Estado en los sanatorios destinados a la internación y tratamiento de la enfermedad y, por lo tanto, un serio problema de salud pública.

Frente a este estado de situación, entre principios y mediados del siglo XX, comenzaron a surgir terapéuticas que generaron, en la mayoría de los casos, fuertes polémicas y controversias. Cabe consignar que algunos de estos medicamentos tenían escasas bases científicas y fueron discutidos por la elite médica y tisiológica argentina.

Así, entre principios y mediados del siglo XX, surgieron el método Andreatti, las ondas eléctricas del doctor José Díaz de Souza, los tratamientos realizados por el doctor Asuero, la vacuna Pueyo y la vacuna Friedmann (Bermann, 1941).

En este texto pretendemos realizar un estudio sobre la controversia que generó la vacuna Friedmann en la Argentina, ya que esta cobró estado parlamentario al ser presentada como un proyecto de ley destinado a la vacunación de una gran parte de la población del país y fue discutida por médicos interesados en la problemática de la tuberculosis.

El análisis se llevará a cabo a partir de publicaciones médicas y periódicas, así como el proyecto de ley y la bibliografía generada por quien presentó el proyecto: el diputado Augusto Bunge y sus partidarios. Partimos de la hipótesis de que el Estado tenía la necesidad de elaborar una solución al problema sanitario que generaba la tuberculosis recurriendo a ciertos medicamentos discutidos a nivel internacional. Esta solución llegó de parte de un agente estatal —el diputado nacional Bunge— que

trató de imponer una iniciativa estatal a través de una ley de vacunación obligatoria. Esto generó —por parte de ciertos sectores de la elite médica, en especial, los tisiólogos— una oposición que iba más allá de argumentos científicos al ser atravesada por factores políticos y económicos.

Por otra parte, junto con Stern y Markel, consideramos:

...el registro histórico muestra que el desarrollo de vacunas ha implicado sistemáticamente importantes dosis de ingenio, habilidad política y métodos científicos irreprochables. En resumen, vacunas son poderosas intervenciones médicas que inducen poderosas intervenciones biológicas, sociales y reacciones culturales. (Stern & Markel, 2005, p. 612)

En las discusiones sobre la vacuna se puede apreciar cierta habilidad política de ambas partes: Bunge y los integrantes de la Sociedad de Tisiología de Córdoba. Desde nuestra perspectiva, el tono y la agresividad de la discusión excedía el marco científico, ya que advertimos había posicionamientos político-ideológicos, de grupos de especialistas, y de carácter económico que provocaron en última instancia la no aprobación de la ley.

Tratamientos y vacunas contra la tuberculosis en la Argentina

Entre las décadas de 1920 y 1940 comenzaron a aparecer en la Argentina algunos medicamentos entre los cuales se encontraban sueros y vacunas que pretendían combatir la tuberculosis y eran promocionados, en la mayoría de los casos, por sus propios hacedores. Gregorio Bermann (1941), médico psiquiatra y profesor de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba escribió *La explotación de los tuberculosos* donde enumeraba los casos más resonantes en tono de denuncia, desde una mirada biomédica y positivista, a fin de “desenmascarar a charlatanes y mistificadores”. Así, por ejemplo, desmenuzaba las prácticas de charlatanería del doctor Juan Andreatti que se había recibido de médico en la Universidad de Viena y actuaba en la medicina argentina desde la segunda década del siglo XX, caracterizándose por una producción muy grande de publicaciones y publicidades. La terapéutica que aplicaba era la siguiente:

...mientras trata las formas puras con hipotermia o con temperatura aproximadamente normal, con tuberculina [...] que suministra por gotas y por vía gástrica, en las formas mixtas agrega la vacuna polivalente que dice haber descubierto y lleva su nombre. (Bermann, 1941, p. 17)

Según Bermann (1941) otro médico argentino que publicitaba productos elaborados por él mismo con escasa probatoria científica era el doctor José Díaz de Souza, quien trataba a sus pacientes mediante la aplicación de ondas eléctricas cortas que

estimularían “las defensas orgánicas en diversas enfermedades” (Bermann, 1941, p. 43), una de las cuales era la tuberculosis.

Pero había otros tratamientos, como la que había elaborado el doctor Asuero —al cual denominaba “Asueroterapia fisiológica”— que podía curar la tuberculosis y también otras enfermedades, despertando, tal vez, la ira del médico psiquiatra al considerarla una mentira. A partir de ello criticaba el libro que aquel había editado hacía un tiempo por exponer escasa evidencia científica² (Bermann, 1941).

También la vacuna Pueyo era blanco de las críticas de Bermann (1941) por el tratamiento que el mismo Pueyo publicitaba, y que había generado un fuerte movimiento de opinión contra la tuberculosis, pero que tenía escasa evidencia de carácter científico³.

Estos dos últimos casos eran tratados con bastante profundidad por Bermann, al igual que la vacuna Friedmann, que en la Argentina no era promocionada por su creador, Friedrich Franz Friedmann, sino por un médico y diputado nacional, Augusto Bunge que pretendía llevar a cabo un plan de “extinción de la tuberculosis” mediante la aplicación generalizada de la vacuna, para lo cual presentó un proyecto de ley en la Cámara de Diputados de la Nación. Entonces, esta vacuna se diferencia en relación con las otras por dos factores: fue promocionada por un agente del Estado; y, por otra parte, se trató de imponerla mediante un proyecto de ley. Esto generó discusiones entre aquellos que estaban a favor y en contra de su plan.

La vacuna Friedmann en el mundo

Friedrich Franz Friedmann —médico alemán, que ya había ganado un premio por sus trabajos sobre las amígdalas como vía de entrada de la tuberculosis en los niños— descubrió en las autopsias de dos tortugas marinas que habían muerto en el jardín zoológico de Berlín, entre 1902 y 1903, que esas muertes se había producido como consecuencia de una tuberculosis pulmonar. Según Bunge, se trató de un descubrimiento sensacional ya que “no se había encontrado nunca tuberculosis pulmonar espontánea en un animal de sangre fría” (Bunge, 1934, p. 73). Friedmann, que conocía los métodos tanto mecánicos como químicos o de temperatura para tratar de reducir la virulencia del bacilo, lo consideró no virulento para especies animales de sangre caliente y como vacuna viva para vacunación terapéutica o profiláctica, alternativa a la tuberculina. Sus estudios coincidieron con la elaboración de la vacuna viva atenuada contra la tuberculosis —*Bacillus Calmette-Guérin* (BCG)— por parte de los médicos franceses que dieron su nombre a la vacuna (Vilaplana & Cardona, 2009). Las dificultades que se generaron en su aplicación, las críticas e incertidumbres que generaba esta vacuna, más el accidente de Lübeck de 1929, por

²Un análisis más pormenorizado del tratamiento de Asuero se puede encontrar en Rivero (2021).

³Un análisis del tratamiento de Pueyo y las manifestaciones sociales que se generaron para legalizar estos tratamientos se pueden encontrar en Armus (2004, p. 411).

el cual se infectó una considerable cantidad de niños alemanes, abrieron una disputa por la efectividad de los diferentes métodos (Etkin, 1937).

Los experimentos con cobayos le insumieron diez años a Friedmann, luego de los cuales comunicó sus resultados:

Como tratamiento curativo, mientras que los cobayos inoculados con bacilos de Koch en dosis de un miligramo [...] solo sobrevivían un término medio de 110 días, los tratados después con una sola inyección del bacilo de la tortuga vivían en promedio un año y más. (Bunge, 1934, p. 82)

El éxito que generaba la vacuna alentaba a Friedmann a vacunar a seres humanos ensayando primero en sanos, en los que comprobó que la vacuna era inofensiva, para luego pasar a vacunar a enfermos de tuberculosis en los que también obtuvo un éxito importante (Bunge, 1934). Estos resultados fueron comunicados por Friedmann a la Sociedad Médica de Berlín en 1912, basado en 1075 casos tratados personalmente, más otros tantos suministrados por H. Karfunkel (Bunge, 1934). Según el mismo Friedmann, que escribiría un prefacio en la obra de Etkin (1937), la vacuna fue aplicada en 1925 —en el zoológico de Hagenbeck, en Hamburgo— a todos los animales y en el Dispensario Antituberculoso Municipal de Pesterzsébet, cerca de Budapest, en Hungría, donde la mortalidad por tuberculosis disminuyó de 41 por 10.000 en ese año a 12 por 10.000 en 1931.

Tal vez estos éxitos convencieron a Bunge de presentar, bastante tardíamente, un proyecto de ley para erradicar la tuberculosis de la Argentina a partir de la utilización de la vacuna de Friedmann. Lo que Bunge no sabía o ignoraba eran los fracasos de la aplicación de la vacuna en EEUU, donde Friedmann fue invitado para tratar tuberculosos, en especial en Nueva York, en 1913, aventura que terminó con la huida del médico alemán frente al desengaño que produjo su vacuna en la cura de aquellos que se trataron con su descubrimiento (Korr, 2014).

El proyecto de ley de extinción de la tuberculosis

Bunge era médico higienista e integraba el grupo dirigente del Partido Socialista Independiente. Era miembro de una familia tradicional y distinguida de la ciudad de Buenos Aires. Su abuelo había llegado de Alemania en 1827 y su padre había puesto especial cuidado en la educación de sus nueve hijos, entre los cuales dos de ellos, Carlos Octavio y Alejandro Bunge, serían figuras destacadas en el ámbito del pensamiento.

Los primeros contactos de Augusto Bunge con el mundo socialista provinieron de su amistad juvenil con José Ingenieros. Luego, cursando medicina en la Universidad de Buenos Aires, su amistad con Ángel Giménez y su cercanía con su conspícuo profesor Juan B. Justo lo inducirían a militar en las filas del Partido Socialista (PS) (Moreno, 2012). Bunge formó parte del grupo germanófilo en el Partido Socialista durante la Primera Guerra Mundial (Moreno, 2015), y en 1927 integraría las filas

del Partido Socialista Independiente (PSI), desprendimiento del Partido Socialista que colaboró con el golpe militar de 1930 llevado a cabo por José Félix Uriburu y en 1932 integraría la alianza con los conservadores en la Concordancia. Es posible que esta admiración por Alemania haya hecho que eligiera la vacuna Friedmann como una panacea para la erradicación de la tuberculosis.

Para defender su proyecto de ley, organizó una gira por diversas provincias del país, en especial aquellas donde fue rechazado por las organizaciones médicas, con la finalidad de discutir la efectividad de la vacuna frente a aquellos que la criticaban. Una de las organizaciones más críticas fue la Sociedad de Tisiología de Córdoba organizada durante la década de 1920 (Carbonetti, 2008b), con cuyos integrantes mantuvo una discusión en las instalaciones del Círculo Médico de Córdoba en julio de 1934, luego de que la Sociedad enviara al Congreso su rechazo a la iniciativa de Bunge. A su vez, escribiría y publicaría en 1934 un libro extenso, de 536 páginas, titulado *La tuberculosis vencida, su cura y extinción por la vacuna Friedmann*, como otro modo de apoyo a su proyecto. En este libro justificaba el desarrollo de la vacuna, sus éxitos, en especial en su aplicación en Alemania y Hungría, la contraponía a la iniciativa de Calmette y Guérin, criticaba los ataques que había sufrido la decisión de la vacunación por parte de los organismos públicos argentinos y las asociaciones médicas.

El proyecto de ley fue presentado con las firmas de los diputados José Arce, Carlos Manacorda, Alfredo Dagno y Vicente Pomponio, además de la de Bunge. Constaba de 51 artículos que se dividían en siete capítulos: 1) Disposiciones generales, 2) Provisión y producción de la vacuna antituberculosa, 3) Organización administrativa, 4) Contribución y subsidios, 5) Profilaxis de las escuelas y administración pública, 6) Profilaxis de la tuberculosis en el ganado, 7) Disposiciones complementarias (Bunge, 1934).

De esos capítulos nos interesa analizar solo los dos primeros, que se refieren a quien debía ser vacunado y la elaboración de la vacuna.

A lo largo del articulado, el proyecto exponía cuestiones sobre la vacunación no solo hacia los seres humanos sino también a los animales, en especial el ganado bovino. En ese sentido, obligaba a todo médico y veterinario a denunciar a hombres o animales enfermos o amenazados por la enfermedad. Dichas denuncias serían enviadas a la Dirección de Higiene Social del Departamento Nacional de Higiene en la Capital Federal; a los Territorios Nacionales, en las Delegaciones que dispusiera este último organismo y a las provincias, en las reparticiones que los mismos gobiernos provinciales dispusieran (Bunge, 1934). Los médicos deberían comunicar cada tres meses el desarrollo de la enfermedad e informar sobre su marcha (Bunge, 1934).

En relación con la vacunación habría dos tipos: la preventiva y la terapéutica. Respecto de la primera se obligaba a vacunar a todos los médicos de diversas reparticiones de todos los niveles del Estado, al igual que a los jubilados. Se exigía a todos aquellos amenazados por la tuberculosis (cohabitación con tuberculosos) fueran vacunados en las mismas condiciones que la vacuna antivariólica y en caso de que se negaran, perderían todo derecho de asistencia por parte de las instituciones del

Estado. Algo semejante se planteaba para los jubilados que se negaran a vacunarse, quienes perderían los derechos jubilatorios y para los médicos de lugares públicos y privados que se negaran a vacunar a aquellas personas amenazadas por la tuberculosis, serían sancionados.

Se consideraba amenazados a los hijos de enfermos de tuberculosis convivientes con ellos hasta tres años antes, los recién nacidos de madre tuberculosa o de padre afectado por tuberculosis; los convivientes de enfermos de tuberculosis abierta o susceptibles de serlo ocasionalmente; los alumnos de las escuelas primarias, secundarias, normales y especial, sean públicas o privadas; los de desarrollo o en estado de nutrición deficiente o que deban ser sospechosos por otros motivos; los exceptuados del servicio militar por deficiencia de peso, conformación o desarrollo; los conscriptos del Ejército y de la Armada en quienes se verificasen signos sospechosos de tuberculosis; los empleados y obreros del Estado que por su estado general u otros síntomas deban ser considerados sospechosos (Bunge, 1934)

Al mismo tiempo, sancionaba a todo aquel que practicara vacunación antivariólica, antidiftérica, antitífica u otra de carácter específico, a quien haya sido objeto de vacunación antituberculosa con anterioridad menor a dos años, e incurría en la misma responsabilidad aquella persona que aplicara una vacuna derivada del bacilo de Koch a quien ya hubiese tratado con la vacuna antituberculosa (Bunge, 1934).

En relación con la elaboración de la vacuna, el proyecto de ley facultaba al Departamento Nacional de Higiene para tomar todas las medidas para contratar al laboratorio productor de la vacuna para su provisión regular, en las cantidades necesarias a precio de costo, pudiendo convenir, si ello fuera más ventajoso, la producción de la vacuna en el país.

El cónsul argentino, a fin de agilizar los trámites en el lugar donde se desarrollara la vacuna, haría las veces de intermediario entre este y el Departamento Nacional de Higiene. El proyecto fijaba un plazo de cuatro meses para desarrollar y concretar los convenios que se estipulaban; caso contrario el laboratorio perdería las patentes exclusivas de la vacuna.

Por otra parte, el Departamento Nacional de Higiene era el encargado de proveer las vacunas a todos los institutos, administraciones y entidades gratuitamente o a precio de costo (Bunge, 1934).

A su vez, el Departamento Nacional de Higiene crearía una División especial denominada “Dirección de Higiene Social” que estaría bajo la supervisión del presidente del Departamento y tendría a su cargo todos los hospitales, sanatorios, dispensarios, institutos, servicios de asistencia y profilaxis de la nación, creados o por crear. Esta Dirección, además, suministraría las vacunas (Bunge, 1934).

Como se puede apreciar con esta larga descripción, el proyecto de ley requería de una gran infraestructura para llevar a cabo no solo la vacunación sino también las diferentes tareas administrativas y de vigilancia a las personas que estuvieran amenazadas o fueran tuberculosas. Tarea bastante dificultosa y con serios problemas en relación con la cobertura, ya que en las provincias eran pocas las instituciones antituberculosas que dependían del Estado nacional, aunque si tenían una amplia capacidad de internación, como era el caso del Sanatorio Santa María, en las sierras

de Córdoba. Solo en la ciudad de Córdoba había dos sanatorios (Sanatorio Tránsito Cáceres de Allende y Nuestra Señora de la Misericordia) que dependían exclusivamente de la beneficencia, aunque financiados con fondos del Estado nacional, provincial o municipal (Carbonetti, 2004).

No obstante estas dificultades, el proyecto ponía el acento en el carácter estatal y centralizado de la vacunación. En ese sentido, configuraba un Estado vacunador (Moulin, 2007) a partir de la producción de la vacuna en el país. Este era un claro ejemplo de la estatidad que un agente del Estado, en este caso el diputado Augusto Bunge, le pretendía dar a la vacuna antituberculosa descubierta y elaborada por Friedmann.

Este carácter ciclópeo que, mediante la ley se le encomendaría al Estado, y en especial al Departamento Nacional de Higiene, no fue objeto de discusión por parte de aquellos que criticaron el proyecto, en especial los médicos tisiólogos, sino que la crítica estaba más centrada en la eficacia que pudiese tener la vacuna. Al mismo tiempo, el debate iría por otros carriles, como ciertas agresiones personales que denunciarían los periódicos.

Las discusiones sobre la ley

El 17 de mayo de 1934, Bunge presentó el proyecto de ley en la Cámara de Diputados de la Nación. A partir de ese momento recibió rechazos desde distintas instituciones que agrupaban a médicos en el país. Según Elkin (1937) la primera en expedirse fue la Academia de Medicina que, en poco tiempo de estudio, dictaminó su rechazo a partir de que “en la bibliografía mundial las opiniones son, salvo contadas excepciones, desfavorables para este recurso, tanto en su empleo para la profilaxis como para la terapéutica de la tuberculosis humana” (Elkin, 1937, p. 24). También el Departamento Nacional de Higiene lo rechazó y, a pesar de que el Instituto Bacteriológico certificaba la inofensividad de la vacuna Friedmann “en sus tres diferentes dosis inyectables y en el polvo para administración bucal” (Bunge, 1934, p. 282), no permitía la distribución de dosis gratuitas para uso en hospitales y dispensarios dependientes de esa institución (Bunge, 1934).

Las objeciones llegaron de diversos médicos interesados por la problemática de la tuberculosis. Hemos podido acceder a dos estudios realizados por el doctor Laureano Fierro, del Círculo Médico de Rosario, que escribiera un artículo en la *Revista Médica* de Rosario titulada “Consideraciones sobre la ley de vacunación obligatoria por la vacuna Friedmann” en el cual anunciaba que un proyecto de ley parecido había sido presentado en la legislatura santafecina y que el Concejo Deliberante de Rosario trataba también la iniciativa a partir de un proyecto de ordenanza. No obstante, Fierro objetaba la vacuna Friedmann a partir la concepción bacteriológica con que había sido concebida: “El doctor Bunge expone, para dar a su proyecto un cariz científico, una teoría exótica que no es en realidad sino mezcla de cuantas teorías raras hayan existido en bacteriología” (Fierro, 1934, p. 948). Luego de explicar

ampliamente la incertidud de la teoría con que fue concebida la vacuna llegaba a la conclusión:

Como se ve, aún fallan por su base la condiciones que atribuye Bunge al bacilo de Friedmann, pues este no es un bacilo tuberculoso verdadero, sino un paratuberculoso cualquiera. (Fierro, 1934, p. 950)

También el autor cuestionaba las pruebas experimentales y terapéuticas objetando todas y cada una de las afirmaciones que Bunge expuso en relación con la justificación de la ley, aunque en algunos casos estas objeciones tenían un carácter forzado, en especial cuando se analizaba la estadística.

Otro de los detractores del proyecto de ley fue el doctor Leónidas Silva, perteneciente a la Sección Profilaxis y Terapéutica de la Tuberculosis del Departamento Nacional de Higiene que publicó en la *Revista Latinoamericana de Medicina*, en 1934, el artículo “A propósito de la vacuna Friedmann”. Al comenzar el escrito cuestionaba la eficacia de la vacuna basado en la experiencia de científicos —en especial, europeos— acumulada hasta el momento:

...fundados en sus experiencias humanas y de laboratorio, que la vacuna de Friedmann no constituye, ni profiláctica, ni terapéuticamente, no solo la medicación que trajera la ansiada solución al problema, sino ni siquiera un progreso en la terapéutica antituberculosa. (Silva, 1934, p. 31)

A partir de esta afirmación, a lo largo del artículo exponía una amplia bibliografía europea en la cual se derribaban uno a uno los postulados de Friedmann en la elaboración de la vacuna.

Pero, tal vez la mayor polémica fue la que se desató entre el diputado y la Sociedad de Tisiología de Córdoba, a la cual Bunge le dio un especial papel en la polémica. Apenas surgido el proyecto de ley de extinción de la tuberculosis esta Sociedad elevó a la Cámara de Diputados de la Nación sus objeciones para que se votara. Esta acción hizo que Bunge se trasladara a esa ciudad a fin de debatir con los tisiólogos cordobeses, que eran dirigidos en ese momento por dos de los más prestigiosos tisiólogos del país: Antonio Cetrángolo —que fuera director del Sanatorio Santa María, del Sanatorio de Ascochinga y que escribiera un libro titulado *Treinta años cuidando tuberculosos*— y Gumersindo Sayago, director del Instituto de Tisiología de Córdoba, primer profesor titular de la cátedra de Tisiología de la Facultad de Medicina, director de la revista *Temas de Tisiología* y creador de la Escuela de Tisiología de Córdoba. Bunge discutió en especial con el primero de los tisiólogos y con un profesor de la cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, quien posteriormente sería uno de los psiquiatras más encumbrados de la Argentina: Gregorio Bermann, quien además escribiría el libro *La explotación de los tuberculosos, charlatanes, y mistificadores— el proceso de las panaceas—el problema médico social—aspectos médico sociales— aspectos médicos psicológicos y médico legales*. Curiosamente, Bermann incluiría en su libro y se referiría extensamente sobre el

proyecto de ley de Bunge y sobre la vacuna Friedmann entre aquellas iniciativas con escasa prueba científica, a pesar de que se trató de un producto que, si bien era cuestionado por parte de la comunidad científica internacional, también era apoyado por médicos de distintos países de Europa e incluso de América Latina (Bunge, 1934).

Esta polémica quedó documentada en los periódicos de la provincia de Córdoba. Aunque hemos tenido acceso solamente a los recortes del diario *Córdoba*, que se encuentran en el Archivo Bermann del Centro de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional de Córdoba, estos recortes se pueden emparentar con los diarios a los que hace referencia el psiquiatra en su libro.

Las discusiones por la vacuna Friedmann en Córdoba pueden leerse desde distintas fuentes que tienen a su vez perspectivas distintas: el libro de Bunge, el libro de Bermann y la prensa cordobesa.

Según Bunge, que relata su experiencia en la polémica del Círculo Médico de Córdoba, su reunión con los integrantes de la Escuela de Tisiología de Córdoba estuvo marcada por agresiones de todos sus miembros y por la inequidad en los discursos ya que no se respetaron los tiempos que imponía el reglamento de debates del Círculo Médico. “Declaré que haría— e hice— una exposición panorámica de los fundamentos científicos y de la experiencia mundial sobre la vacuna Friedmann” (Bunge, 1934, p. 471). Este discurso le llevó, y se limitó según Bunge a una hora y media. Pese a que los que querían generar una objeción a la perspectiva de Bunge tenían tan solo diez minutos: “quienes se habían organizado anticipadamente para refutarme [...] pretendieron tiempo ilimitado para ello [...] el presidente permitió a uno de ellos leer durante una hora una exposición escrita” (Bunge, 1934, p. 471).

Según Bunge, esa actitud, más el tiempo que se tomaron los otros *organizados* impidieron que algunos médicos, que tenían opinión favorable a la vacuna, pudieran expresarse. La posición Bunge era altamente conspirativa, a tal punto que llegaba a afirmar que los jefes de los organizados, es decir, Sayago y Cetrángolo, “intentaron vanamente ahogar con gritos mi réplica final” (Bunge, 1934, p. 472).

Bunge no se centró en el nudo de la discusión sino en cómo se desarrolló y las formas que esta tomó, poniendo el énfasis en una perspectiva de intencionalidad y esencialmente conspirativa.

Una visión contraria en el relato de la discusión tomaba Bermann quien ponía el acento en las dos posiciones enfrentadas en el Círculo Médico de Córdoba con relación a los enfoques y contraposiciones científicas. Entonces, relataba que Bunge repitió la historia del procedimiento curativo y las experiencias de algunos médicos como el doctor Cópola de Montevideo que había tratado “600 casos de los cuales curaron 400 y los 200 restantes no los pudo seguir” (Bermann, 1941, p. 88).

Pero también Bermann relataba las objeciones de las que había sido objeto la exposición de Bunge a partir de Agustín Caeiro, discípulo de Sayago, que ponía el énfasis en la bacteriología y la inmunología. Este médico consideraba que el bacilo de Friedmann era artificial y que era imposible que la tuberculosis se curase o se llevara a cabo la inmunización:

...nos sorprende, pues, este aporte que nos trae el doctor Bunge para la curación de la tuberculosis por medio de la vacunación, aporte que a la vez destruye los conceptos hasta aquí obtenidos por los investigadores pero sin ninguna base científica que apoye tal hecho destructor. (Bermann, 1941, p. 88)

Sayago objetó las estadísticas que ofrecía Bunge criticando las dos radiografías que había presentado: “es una lástima que el doctor Bunge haya retirado tan pronto de la proyección tales radiografías, pues hubiera sido interesante leer en ellas cosas que el doctor Bunge parece ignorar” (Bermann, 1941, p. 89).

Cetrángolo criticaba la escasez de documentos y la imposición del proyecto de ley, que se trataría de discutir en la Cámara de Diputados de la Nación y en la Biblioteca Popular de Cosquín, donde no podía haber control científico, antes de que fuera discutido con la élite médica, en especial la con la Sociedad de Tisiología de Córdoba (Bermann, 1934).

Mientras tanto, Bermann iba por el mismo camino, criticar la escasez de pruebas. Pero había otro elemento en particular que haría entrar en ira al médico contra el diputado de la Nación: “que lance el medicamento al mercado, sin la evidencia de su valor” (Bermann, 1941, p. 90). Este punto era compartido por José Pérez —otro discípulo de Sayago— que lo acusó de “impostura, negocio, tentativa de estafa” (Bermann, 1941, p. 89).

Estas posiciones ignoraban el articulado de la ley que ponía el énfasis en el papel del Estado como agente de comercial y también en lo referido a la campaña de vacunación.

La prensa, en este caso el diario *Córdoba*, también reflejaba las discusiones por la vacuna Friedmann entre Augusto Bunge y la Sociedad de Tisiología de Córdoba. Después de relatar el encuentro en el Círculo Médico llegaba a una conclusión salomónica:

Teníamos la convicción, antes de la asamblea, de que el proyecto de ley de Bunge era evidentemente precoz y que por la misma causa [...] había sido precipitada la sanción de la Sociedad de Tisiología de Córdoba.

Alejados de todas las cofradías [...] podemos afirmar: en la Argentina ni los tisiólogos cordobeses tienen derecho a hablar de la eficacia o ineficacia de la vacuna del profesor Friedmann. (*Córdoba*, 1934)

La prensa reflejó la continuación de las discusiones entre Bermann —si bien psiquiatra y profesor de medicina legal, partidario de la posición de la Sociedad de Tisiología de Córdoba y al mismo tiempo defensor de las posiciones de Cetrángolo— y Bunge en la cual se llegó incluso a amenazas de juicios por injurias (*Córdoba*, 1934).

Ahora bien, la pregunta que aparece en medio de toda esta descripción acerca de las discusiones por la vacuna —en especial en el Círculo Médico de Córdoba, con representantes de la Sociedad de Tisiología de Córdoba— pasa por entender las

razones por las cuales la reunión fue tan agresiva y a qué se debió que continuara mediante la prensa incluso con amenazas de juicio por injurias.

Desde nuestro punto de vista, la discusión excedía lo estrictamente científico para pasar a centrarse en posicionamientos político-ideológicos y económicos, así como posicionamientos de grupos científicos, como es el caso de la Escuela de Tisiología de Córdoba. Debemos recordar que Bunge era socialista independiente y germanófilo, o por lo menos lo había sido y elaboraba su proyecto en 1934, momento en que el nazismo llegaba al poder en Alemania. Bermann era un militante activo del Partido Comunista de Córdoba y viajaría a España cuando comenzara a desarrollarse la Guerra Civil española. Sayago era un liberal principista, con simpatías hacia el radicalismo, que había sido expulsado de la Universidad de Córdoba en el golpe de Estado de 1930 y sería nuevamente expulsado de la Universidad en el golpe de Estado de 1943 (Carbonetti, 2008b). Consideramos que, aunque no se expresaron, o por lo menos las fuentes no lo reflejen, los posicionamientos políticos influyeron en la discusión en el Círculo Médico de Córdoba y las posteriores notas de la prensa. Por otra parte, en 1934, la Escuela de Tisiología de Córdoba ya funcionaba como una especialidad médica, contaba con una cátedra, publicaba una revista y además tenía un Centro de Investigaciones y Enseñanza de posgrado en el Instituto de Tisiología de Córdoba (Carbonetti, 2008b). A partir de este posicionamiento, suponemos que no permitía iniciativas en la lucha contra la tuberculosis que excedieran las discusiones por fuera de este grupo de científicos, como lo expresara Cetrángolo.

Por último, consideramos que las posturas de Cetrángolo estaban en línea con su posición de director del Sanatorio de Ascochinga, fundado en 1925 en el pueblo homónimo, de carácter privado y dirigido a albergar y tratar a los sectores más acaudalados de la sociedad argentina (Carbonetti, Rodríguez & Aizenberg, 2014). Es posible que la presión de los propietarios de la institución haya influenciado en el rechazo tan violento por parte de Cetrángolo a la iniciativa de la vacuna Friedmann.

Reflexiones finales

Las fuentes examinadas permiten concluir con algunas hipótesis. El método Friedmann, que se conformara como un nuevo factor de esperanza para combatir la tuberculosis, fue también parte de las incertidumbres de la medicina de principios y mediados del siglo XX y más aun tratándose de una vacuna. Sin embargo, esta vacuna trató de ser impuesta por un diputado de la Nación mediante una ley nacional a fin de “extinguir la tuberculosis” en el país, lo cual llevó a discusiones acerca de ella, el método y su efectividad. En esa discusión intervinieron una serie de actores e instituciones de cariz eminentemente académico y científico.

Así, algunos médicos escribieron rechazando la vacuna e instituciones como la Academia Nacional de Medicina o el Departamento Nacional de Higiene y la Sociedad de Tisiología de Córdoba hicieron lo mismo.

La discusión que llevó a cabo Bunge con la última institución mencionada llama la atención porque se expuso en libros que editaron los contrincantes y en artículos

que publicaron los principales periódicos de la ciudad mediterránea y que se caracterizaron por su tono alto y su agresividad.

Consideramos que estas discusiones —más allá del plano científico en el cual se reflejaban las incertidumbres propias de ese momento en relación con los tratamientos preventivos y curativos efectivos— tuvieron una fuerza importante, y excedieron ese plano para ubicarse en el plano de lo político-ideológico, de la conformación de grupos de investigación y con un sesgo económico.

Más allá de las discusiones, en fin, consideramos que este proyecto de ley ponía el acento en uno de los elementos esenciales de la vacuna y la vacunación: que el Estado se constituyera en un actor esencial para su elaboración, distribución y aplicación. Tal vez este fue un paso más en la conformación del Estado como un actor esencial en esta tarea durante los siglos XX y XXI.

Bibliografía

- Armus, D. (2004). “Queremos a vacuna Pueyo!!!” Incertezas biomédicas, enfermos que protestan e a imprensa - Argentina, 1920-1940. En: Hochman G.; Armus, D. (orgs.). *Cuidar, controlar, curar: Ensaíos históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 392-425. Recuperado de: <https://bit.ly/3D0Anps>.
- Bermann, G. (1941). *La explotación de los tuberculosos, charlatanes, y mistificadores— el proceso de las panaceas—el problema médico social—aspectos médico sociales— aspectos médicos psicológicos y médico legales*. Buenos Aires: Claridad.
- Bunge, A. (1934). *La tuberculosis vencida, su cura y extinción por la vacuna Friedmann*. Buenos Aires: Librería Editorial La Facultad.
- Carbonetti, A. (2003). La formación de la tisiología como especialidad médica en Córdoba (Argentina): 1920-1950. *Horizontes*, v. 21, p. 105-116. Recuperado de: <https://bit.ly/312lcP7>.
- Carbonetti, A. (2004). Beneficencia y tuberculosis. Tensiones y conflictos en torno a la formación del sistema asistencial en la ciudad de Córdoba: 1915-1947. En: Álvarez, A.; Reynoso, D.; Molinari, I. (orgs.). *Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX-XX*. Mar del Plata: UNMDP, p. 161-186.
- Carbonetti, A. (2008a). Instituciones y conflictos en el ámbito de la enseñanza de la tisiología en Córdoba 1920-1955. *Ciencia e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 917-927. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000300014>.
- Carbonetti, A. (2008b). Gumersindo Sayago y la formación de la tisiología en el interior de la República Argentina: 1919-1959. En: Alvarez, A.; Carbonetti, A. *Saberes y prácticas médicas en la Argentina. Un recorrido por historias de vida*. Mar del Plata: EUDEM. p.169-197.
- Carbonetti, A. (2011). *La ciudad de la peste blanca. Historia epidemiológica, política y cultural de la tuberculosis en la ciudad de Córdoba, Argentina, 1895-1947*. Puebla: Editorial de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAM).
- Carbonetti, A.; Rodríguez, M. L.; Aizenberg, L. (2014). Tuberculosis y tisofofobia en Argentina: Discursos y conflictos en la construcción del Sanatorio Ascochinga, 1925. *Dynamis*, v. 34, n. 2, p. 447-464. doi: [10.4321/S0211-95362014000200009](https://doi.org/10.4321/S0211-95362014000200009).
- Cetrángolo, A. (1945). *Treinta años cuidando tuberculosos*. Buenos Aires: Hachette.
- Etkin, E. (1937). *Tuberculosis y vacuna Friedmann*. Buenos Aires.

- Fierro, L. (1934). Consideraciones sobre la Ley de vacunación obligatoria por la vacuna Friedmann. *Revista Médica de Rosario*, n. 24, p. 947-970.
- Herrero, M. B.; Carbonetti, A. (2013). La mortalidad por tuberculosis en Argentina a lo largo del siglo XX. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 20 n. 2, p. 521-536. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11336/9227>.
- Korr, M. (2014). 1913: Dr. Friedmann's 'Turtle Cure' for Tuberculosis Comes to RI. *Rhode Island Medical Journal*, v. 97, n. 5, p. 80. Recuperado de: <https://bit.ly/3E5zAF0>.
- Moreno, C. (2015). Ernesto Quesada y Augusto Bunge: Germanismo, cultura y guerra. En: *Temas de Historia Argentina y Americana*, n. 23, p. 113-170. Recuperado de: <https://bit.ly/3FZs13h>.
- Moreno, C. (2012). ¿Cultura o civilización?: Augusto Bunge y la Primera Guerra Mundial. *Épocas. Revista de Historia - USAL*, n. 5, p. 33-53. Recuperado de: <https://bit.ly/3E4is2e>.
- Moulin, A. M. (2007). Les vaccins, l'état moderne et les sociétés. *Médecine-Sciences*, v. 23, n. 4, p. 428-434. doi: 10.1051/medsci/2007234428.
- Moulin, A. M. (2003). A hipótese vacinal: Por uma abordagem crítica e antropológica de um fenômeno histórico. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 10, s. 2, p. 499-517. doi: 10.1590/S0104-59702003000500004.
- Rivero, M. D. (2021). Ahora habla él: Fernando Asuero entre posicionamientos y estrategias en un mercado terapéutico (1930). En: Sedran, P.; Carbonetti, A.; Bolcatto, V. (comps.) *Prácticas y practicantes de la salud en Santa Fe: del curanderismo a la biomedicina: siglos XIX y XX*. Buenos Aires: Teseo, p. 133-160. Recuperado de: <https://bit.ly/2ZzThFZ>.
- Silva, L. (1934). A propósito de la vacuna Friedmann. *Revista Latinoamericana de Medicina*, n. 10, p. 30-53.
- Stern, A. M.; Markel, H. (2005). The History of Vaccines and Immunization: Familiar Patterns, New Challenges. *Health Affairs*, v. 24, n. 3, p. 611-621. doi: 10.1377/hlthaff.24.3.611.
- Vilaplana, C.; Cardona, P. J. (2009). Tuberculin immunotherapy: Its history and lessons to be learned. *Microbes and Infection*, v. 12, n. 2, p. 99-105. doi: 10.1016/j.micinf.2009.10.006.

Recién nacidos y tuberculosis: un caso de accidente masivo por vacunación en México

Ana María Carrillo¹

Introducción

El 27 de septiembre de 1950, el señor Armando Olguín Barrera y la señora Rosario Pérez de Olguín Barrera acudieron a la prensa para denunciar un caso en el que la vacuna antituberculosa BCG, aplicada por el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, había provocado un resultado contrario al esperado; su hijo, que había nacido en marzo de ese año completamente sano en un hospital de la ciudad de México, había sido vacunado por vía oral por enfermeras dependientes del Laboratorio del BCG, sin consentimiento de los padres, y le había sido inoculada la temida “peste blanca”, como se denominaba a la tuberculosis por la palidez de quienes la padecían. A los pocos días de haber sido vacunado, el niño empezó a presentar una tos seca y pertinaz que le impedía conciliar el sueño, y meses después tenía fiebre de mediana intensidad y sudores copiosos, que a toda hora del día lo mantenían en un estado de constante inquietud. Olguín Becerra era ayudante de laboratorista en el Instituto de Higiene de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, precisamente una institución pública productora de vacunas, donde consultó a varios médicos; todos ellos coincidieron en que el niño padecía tuberculosis provocada por el BCG, y le aconsejaron tomar radiografías de tórax al pequeño —las que en efecto mostraron lesiones tuberculosas en el pulmón— pero pidieron a los padres que no mencionaran sus nombres para evitarse las consiguientes represalias en su lugar de trabajo (*El Universal*, 28/09/1950). Esta denuncia sobre los efectos perniciosos de la vacuna se sumaba a muchas otras que desde febrero de ese año habían aparecido en la prensa.

Casi de inmediato, el inmunólogo Alberto P. León —director del Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, establecido en 1939, y del Laboratorio del BCG, dependiente de ese Comité— declaró que la afirmación de los esposos Olguín, carecía de fundamento. Afirmó:

¹Doctora en Historia. Profesora titular, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

La vacuna BCG no es capaz de causar tuberculosis ni enfermedad alguna, ni en los hombres ni en los animales y [este] es un hecho comprobado científicamente, por médicos y hombres de ciencia enterados, y toda afirmación contraria es ignorancia o mala fe. (*El Porvenir*, 30/09/1950, p. 2)

Esta defensa de la vacuna seguía en la línea de lo sostenido hasta entonces por los responsables de la campaña contra la enfermedad en México y el mundo.

Con base, sobre todo, en fuentes hemerográficas y de archivo, este trabajo aborda un caso de accidente masivo ocurrido en México en 1950, entre recién nacidos que habían recibido la vacuna antituberculosa. Muestra la importancia que daba entonces el Estado mexicano a la vacunación en el país, y se ocupa de la actuación de los diferentes actores implicados. Trata de responder las siguientes preguntas: ¿cuáles fueron las razones por las que los agentes internacionales y algunos investigadores mexicanos insistieron en llevar a cabo experimentación con la vacuna BCG oral después de que se presentaran varios casos fatales con ella?, ¿por qué las autoridades sanitarias accedían a discutir el accidente en privado pero lo negaban ante el público?, y ¿qué papel desempeñaron en el abandono de la vacunación oral contra la tuberculosis los periodistas que investigaron y denunciaron los hechos, los profesionales de la salud que insistieron en debatir acerca de ellos, y los padres de los niños afectados que se rebelaron contra la vacunación?

El desarrollo y la producción de vacunas en México y la vacuna antituberculosa

En la Nueva España, la vacunación antivariólica fue formalmente introducida en 1804, y desde entonces quedó establecido el primer centro de vacuna. La conservación de la vacuna y la vacunación continuaron en el México independiente, aunque con limitaciones debidas a la inestabilidad política y económica que caracterizó al siglo XIX hasta el inicio del régimen de Porfirio Díaz (1876-1910), que fue un tiempo de paz relativa (Bustamante, 1977).

En ese periodo, que coincidió con el nacimiento de la salud pública moderna, comenzó en México la que llegaría a ser una fuerte tradición de producción pública de sueros y vacunas. Entre 1895 y 1905, el régimen porfirista creó el Servicio Preventivo de Inoculación contra la Rabia, el Instituto Patológico Nacional y el Instituto Bacteriológico Nacional, los cuales combinaron la investigación con la producción de biológicos (Rodríguez de Romo, 1996; Servín-Massieu, 2000; Carrillo; 2001), incluyendo vacunas contra el cólera y la peste, que las autoridades emplearon en sus campañas sanitarias (Carrillo, 2005a).

La revolución de 1910-1921 interrumpió tales trabajos casi por completo, pero en las siguientes décadas estos fueron reorganizados. Los gobiernos posrevolucionarios vieron la salud de la colectividad como un elemento esencial en la formación del Estado nacional, y consideraron que la vacunación y las vacunas eran armas insustituibles de la medicina preventiva. En el curso de la primera mitad del siglo XX,

el Estado mexicano transformó el Instituto Bacteriológico Nacional en Instituto de Higiene, al que se encomendó tanto la investigación básica como la producción de sueros y vacunas, y creó el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales para investigar los problemas de salud pública del país, incluyendo enfermedades epidémicas prevenibles por vacunación (Garza-Ramos *et al.*, 1986; Garza-Brito, 1989; Carrillo, 2017). En general, se trató de un proyecto exitoso, que continuaría hasta finales de la década de 1980. Pero no fue una historia lineal, sino que estuvo influida por factores económicos, políticos y culturales, incluyendo gobiernos fuertes que crearon o reorganizaron instituciones; conflictos políticos, que a veces propiciaron su disolución; confrontaciones entre médicos, rebeliones contra las vacunas y accidentes (Carrillo, 2017).

La vacuna contra la tuberculosis fue causa de controversias entre científicos, no solo en México, sino en el mundo. Casi desde que Koch identificara al *Mycobacterium tuberculosis*, e inspirados en el éxito de Pasteur con la vacuna contra la rabia, comenzaron los esfuerzos por encontrar una vacuna contra la tuberculosis. En 1908, el inmunólogo Albert Calmette y el veterinario Camille Guérin aislaron de una ternera un bacilo tuberculoso (*Mycobacterium bovis*), patógeno para animales de experimentación. Tras 230 cultivos sucesivos a lo largo de trece años, en un medio de bilis-patata-glicerina ideado por ellos, los investigadores lograron la atenuación de ese virulento bacilo, hasta uno casi inofensivo, al que se denominó BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*). Lo utilizaron con éxito en inmunización de vacas, y en 1921 realizaron el primer ensayo en un recién nacido, que iba a vivir en un ambiente bacilífero; Calmette eligió la vía oral. Al año siguiente, Well-Hallé y Turpin la probaron en 217 niños de pecho, pero por vía cutánea y subcutánea, y extendieron el experimento en 1924, esta vez por vía oral (OSP, 1931; Petroff, 1931).

En 1925, Fernando Ocaranza —entonces jefe del Instituto de Higiene de México— recibió de Calmette cepas atenuadas del bacilo, y en 1931 comenzó ahí la producción de la vacuna BCG (Garza-Ramos *et al.*, 1986). Otros 33 países recibieron el cultivo de BCG entre 1924 y 1926, y 26 más, en 1927 (Ortiz-Covarrubias, 2011). Algunos acogieron la vacuna con entusiasmo, como Polonia, Rumania y Francia (país de sus desarrolladores, y donde en 1930 pasaban de 200.000 los niños vacunados); mientras que otros, como EEUU, Reino Unido y Alemania, mostraban reserva hacia ella. Un artículo del *British Medical Journal*, del 20 de junio de 1931, aseguraba que las estadísticas disponibles no eran convincentes para afirmar que la vacuna había logrado producir inmunidad a la tuberculosis; además de que no había ninguna forma de inmunización artificial que pudiera producir una inmunidad mayor a la tuberculosis que la que podía obtenerse en las condiciones naturales más favorables (OSP, 1931).

El asunto ocupaba la mente de tisiólogos y especialistas en salud pública, pues había informes contradictorios, y se discutió en la Segunda Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad (1931). Calmette sostenía que su cultivo, BCG, era el más apropiado para proporcionar inmunidad contra la tuberculosis; siempre restó importancia a los reportes contrarios a él, y negó la posibilidad de reversión de la virulencia del bacilo (Calmette, 1931). Sin embargo, Petroff, por ejemplo, aseguraba

haber experimentado con el BCG y observado que, en un pequeño número de los animales estudiados, se presentaba tuberculosis evolutiva, que podía ser transmitida de animal en animal. Esto fue motivo de debates entre Petroff y Calmette, y posteriormente varios investigadores confirmaron la inestabilidad del BCG (Petroff, 1931).

Un experimento internacional

En México, la producción de vacuna fue suspendida en más de una ocasión. También su aplicación fue interrumpida después de 1950, año en que ocurrió el accidente masivo por vacunación. En 1948, la Cruz Roja danesa, la Cruz Roja sueca y la Ayuda noruega a Europa, con apoyo financiero del Fondo Internacional de los Seguros de la Infancia y apoyo técnico de la Organización Mundial de la Salud, iniciaron un gran estudio internacional experimental con la vacuna BCG oral, conocido bajo el nombre de la Obra Común, cuyo objeto era someter a 20 millones de niños y adolescentes a la prueba tuberculínica (método utilizado para el diagnóstico de la infección de tuberculosis silenciosa —latente—, basado en la reacción a una inyección cutánea), y vacunar a aquellos que presentaran una reacción negativa a esta prueba, es decir que mostraran estar libres de tuberculosis. Esta vasta acción se intentó llevar a cabo en 17 países, entre los que estaban Argelia, Ceilán, Egipto, India, Israel, Líbano, Marruecos, Pakistán, Siria, Túnez y México, y buscaba realizar análisis estadísticos y contestar diversas preguntas que concernían a la epidemiología de la tuberculosis, de acuerdo con la región, el clima, la edad, el sexo y la “raza”. El gobierno de México y la Campaña Internacional contra la Tuberculosis firmaron un acuerdo para aplicación de la BCG en “la más alta escala”, tanto en la ciudad de México como en los estados (*El Universal*, 1/10/1950).

A partir del 1 de marzo de 1949, la OSP comenzó a funcionar como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en el hemisferio occidental y planificó, entre otras actividades, gestionar la obtención de 160.000 dólares para destinarlos a la preparación y aplicación del BCG en México, y el envío de la vacuna a Centroamérica y el Ecuador (*Gaceta Médica de México*, 1950).

Las autoridades sanitarias mexicanas decidieron aceptar la inmunización de niños de ambos sexos mayores de un año por vía intradérmica (inyectada), y a los menores de esa edad, por vía oral; la vacuna oral contenía bacilos tuberculosos vivos atenuados de procedencia bovina. A pesar de que se sabía que la vacunación intravenosa era más segura, las autoridades sanitarias mexicanas aceptaron la vacunación oral propuesta por los organismos internacionales, con los argumentos de que esta podía aplicarse sin oposición de los familiares, como decía el doctor Alberto P. León, y porque con la intradérmica no era posible vacunar a todos los niños, como sostenía el director interino del Hospital Infantil Pedro Daniel Martínez (AHSSA, 1950).

Algo similar ocurriría más tarde con las vacunas contra la poliomielitis. Stuart Blume (2005) ha señalado que, en la década de 1950, en la mayoría de los países del mundo se aceptó la vacuna antipoliomielítica Sabin (oral) frente a la Salk (parenteral), que era más segura, en parte por recomendación de la Organización Mundial

de la Salud, y por consideraciones prácticas y económicas, más que científicas. Hubo desde entonces casos de polio vacunal, que eran negados por los defensores de la vacuna oral. Finalmente tuvo que ser reconocido que algunos casos de polio estaban relacionados con la vacunación, por lo que en casi todo el mundo se procedió a la transición de la vacuna oral a la parenteral (Santos, 2006).

El 11 de febrero de 1950, el diario *Excelsior* dio la noticia de que por vez primera en la historia del Hospital Infantil habían muerto dos niños de tuberculosis, los cuales habían sido vacunados contra la peste blanca con vacuna BCG. Se trataba de dos pequeños, uno de dos meses y otro de dos meses y medio de edad. En esos momentos, en el Hospital Infantil, otro niño de la misma edad luchaba entre la vida y la muerte, y eran pocas las esperanzas de salvarlo. Entre los médicos especialistas había profunda confusión; algunos pensaban que en los niños desnutridos la aplicación del BCG podía ser grave y hasta mortal. Un reportero del periódico corroboró los casos en el Hospital Infantil, y después acudió a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, donde se guardaba reserva extrema sobre el particular. Sin embargo, pudo enterarse de que el Cuerpo Técnico Consultivo de la propia dependencia había celebrado una junta urgente para estudiar el suceso (*Excelsior*, 11/02/1950).

Al día siguiente, a través del mismo medio de comunicación y de otro, el tisiólogo Miguel Jiménez —jefe de la Campaña Nacional contra la Tuberculosis— negó que las muertes ocurridas en el Hospital Infantil se debieran a la aplicación de la vacuna. Según él, el pediatra que había atendido a uno de los niños había establecido el diagnóstico de sífilis congénita, perfectamente fundada en el cuadro clínico y en los antecedentes de la madre y en las reacciones serológicas (además del problema ético de hacer público este supuesto diagnóstico de la madre, de la que daba nombre y apellido, la enfermedad no tenía nada que ver con la que su hijo padecía). Cierta —dijo— que entre los hallazgos anatomopatológicos del niño se habían encontrado signos de infección tuberculosa en el pulmón, hallazgos que se explicaban porque el niño vivía en un ambiente misérrimo; su habitación era una barraca, y en la misma cama dormían los cuatro miembros de la familia. Aseguró: “Ese niño fue infectado en su hogar antes de que la vacuna tuviera tiempo de establecer completamente su inmunidad”. Y comentó que en la ciudad de México habían sido vacunados ya 16.816 niños recién nacidos, y más de tres mil mayores, y además los brigadistas de la Campaña contra la Tuberculosis estaban vacunando en varios estados, sin que ocurrieran defunciones. La Organización Mundial de la Salud, por conducto de uno de sus representantes, acababa de inspeccionar el Instituto del BCG en México, y había constatado que la fabricación de la vacuna era perfecta, e incluso el Instituto había sido elegido para distribuir vacuna a otros países de Centro y Sudamérica y como centro de demostración y entrenamiento internacional. Por todo lo anterior, el doctor Jiménez tachó la información de *Excelsior* de dolosa y escrita con mala fe para entorpecer “la brillante campaña de prevención contra la temible peste blanca”. La persona que había proporcionado esa noticia —denunció Jiménez— se había colocado al nivel de un “criminal antipatriota” (*Excelsior*, 12/02/1950, p. 10; *El Nacional*, 12/02/1950, p. 1 y 8).

En realidad, eran más de 15 los recién nacidos fallecidos por tuberculosis generalizada después de la vacunación, solo en el Hospital Infantil. El pediatra Pedro Daniel Martínez anunció a los médicos y estudiantes del nosocomio que se suspendían las autopsias de estos niños a efecto —en sus palabras— de presentarles “otros temas de estudio”, y que los cadáveres restantes, que había congelados en el hospital, serían estudiados “cuando hubiera tiempo” (AHSSA, 1950). A pesar de esta decisión —que quizá era personal, pero también pudo haber procedido de una orden superior—, Martínez respondió con firmeza cuando el doctor León le dirigió una carta pública en la que decía que las noticias alarmantes, inculpando al BCG como causa de las defunciones de “dos o tres” niños ocurridas en el hospital a su digno cargo, habían provenido quizás de médicos de la institución que habían esparcido “con buena fe opiniones infundadas”. Estas noticias estaban sembrando la desorientación y la desconfianza del público hacia la vacuna antituberculosa BCG, y el daño ya se dejaba sentir, y si continuaba podría alcanzar proporciones difíciles de contrarrestar, y se causaría un grave daño a la nación. El doctor Pedro Daniel Martínez dijo que nadie del hospital había aseverado que la vacuna con el BCG hubiera originado la defunción de niño alguno en ese hospital. Sin embargo, agregó: “Pero considero mi deber hacer de su conocimiento que mientras esté al frente de esta institución yo no impediré, de ninguna manera, la libre expresión científica del cuerpo médico del hospital” (*El Nacional*, 26/02/1950, p. 1 y 8).

El mismo día en que la respuesta del doctor Jiménez fue publicada, Gómez Pimienta —tisiólogo que había dirigido el Comité Nacional contra la Tuberculosis durante el gobierno de Lázaro Cárdenas, uno de los periodos más intensos de la lucha contra la tuberculosis en México (Carrillo, 2012)—, escribió al Cuerpo Técnico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para manifestar su oposición a la experimentación con BCG oral que habían emprendido el Comité y la Campaña contra la Tuberculosis, pues —dijo— primero debía haberse experimentado en animales. Sustentó sus objeciones a la vacuna oral en las opiniones de connotados especialistas: René Dubois había reportado accidentes similares en un editorial publicado en *The American Review of Tuberculosis*, de noviembre de 1949; Jensen había asegurado que el BCG no era un germen de virulencia fija, Dreyer y Vollum habían encontrado que después de cuatro pases este provocaba tuberculosis progresiva en cobayos y conejos, y la *National Tuberculosis Association* de EEUU había advertido apenas hacía un mes que, de aceptarse el BCG, sería la más inestable de las vacunas autorizadas. En una reunión del Cuerpo Técnico de la Secretaría, Gómez Pimienta demandó que se investigaran rigurosamente todas las defunciones ocurridas en el Hospital Infantil por medio de autopsias, y que se suspendiera la vacunación de forma temporal hasta tener los resultados y, en caso de que las dudas fueran confirmadas, esta se suspendiera de forma definitiva. Pilar Hernández Lira —director general de Higiene de la Secretaría— estuvo de acuerdo (AHSSA, 1950).

En los siguientes meses iban a enfrentarse defensores y detractores del BCG oral. Según el diario *El Nacional* ningún tisiólogo serio se oponía a la BCG (*El Nacional*, 9/03/1950). La verdad era que —si bien para algunos médicos mexicanos la vacuna era absolutamente inofensiva y efectiva, y otros consideraban que la BCG era de

enorme utilidad para defender al organismo de la tuberculosis a pesar de que no estaba exenta de riesgos—, al menos diez de los más connotados fisiólogos mexicanos se opusieron tenazmente a la pretensión de los organismos internacionales de aplicar esta vacuna a dos millones de niños mexicanos (y también a dos millones de niños ecuatorianos), después de las primeras noticias de que algunos de los niños vacunados habían enfermado y fallecido. La Cruz Roja danesa, reportó en Copenhague, que las noticias recibidas de la ciudad de México hacían presentir que la Campaña Internacional contra la Tuberculosis sufriría cierta demora, en vista de la fuerte controversia que había entre los más eminentes médicos. Los oponentes a la vacuna sostenían la tesis de que esta no era segura para los niños desnutridos y con baja resistencia, puesto que animales de kilo y medio han muerto víctimas de su aplicación (*El Nacional*, 8/03/1950).

Miguel Jiménez aseguraba que en los niños desnutridos la aplicación de la BCG no era grave ni menos mortal, y su inocuidad había sido plenamente demostrada en el laboratorio y en la experiencia de más de 25 años, en la que jamás se había podido imputar ni un solo caso de defunción a la BCG (*Excelsior*, 12/02/1950). Esto era falso. Desde muy temprano, hubo críticas a la aplicación de la vacuna sin la suficiente experimentación, que había causado accidentes que Calmette no había reportado. En 1930 había ocurrido un accidente con la vacuna en el pueblo Lübeck, del norte de Alemania. En esa época, en Francia y muchos otros países los padres enfermos de tuberculosis eran rutinariamente separados de sus hijos, pero se les prometió que esto dejaría de hacerse si aceptaban que sus niños fueran vacunados (Moulin, 2004). En Lübeck, la BCG fue administrada a gran escala con resultados catastróficos: de 248 recién nacidos vacunados, 78 fallecieron en el transcurso de un año. Esta información se ocultó al público, y ni Calmette ni la Academia de Medicina de Francia hicieron declaración alguna. A causa del accidente hubo un juicio en 1931, a partir del que se establecieron las primeras regulaciones para la experimentación en seres humanos: a lo largo de la experimentación los investigadores debían seguir todos los casos, no había que vacunar a niños que vivían en hogares donde no había enfermos, y en todo momento había que informar a los padres y al público. En Alemania, la vacunación contra la tuberculosis se suspendió hasta la Segunda Guerra Mundial (Bonah & Menut, 2004). Los partidarios del BCG atribuyeron el accidente de Lübeck a la contaminación accidental de la vacuna con una cepa virulenta, aunque Petroff (1931) investigó allá, y le confirmaron que tal contaminación habría sido imposible, pues ese bacilo era cultivado en un cuarto separado, por lo que en su opinión se había presentado reversión de la virulencia.

Cuando ocurrió el accidente en México hacía tres años que el Código de Nüremberg —que planteó las normas éticas sobre la experimentación en seres humanos—, había sido proclamado, después de los Juicios de Nüremberg, los cuales condenaron a la jerarquía nazi, así como a varios médicos que habían experimentado con prisioneros. Este texto planteó, entre otros puntos: la obligación de solicitar el consentimiento informado de los sujetos sobre los que se experimenta, o de sus padres en caso de tratarse de niños, como expresión de la autonomía del paciente; también que ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones para

creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave; que el grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento; que se requiere el más alto grado de cuidado a través de todas las etapas del experimento, y que, durante su curso, el científico a cargo de él debe estar preparado para terminarlo en cualquier momento, si cree que el experimento podría provocar daño, incapacidad o muerte del sujeto experimental (Weindling, 2001).

Después de una reunión realizada los días 27 y 28 de febrero de 1950, la Sociedad Mexicana de Pediatría dictaminó que la vacuna antituberculosa BCG era absolutamente inofensiva y efectiva, e inmunizaba contra la tuberculosis después de un periodo de cuatro a seis semanas (*El Nacional*, 7/03/1950). Pero eso no convenció a todos. En Nuevo León, las autoridades sanitarias habían anunciado que en marzo se iba a dar comienzo a la aplicación de la vacuna BCG, pero las noticias publicadas en los diarios de la capital de la república que —recibidas por cable— aparecían también en los periódicos locales, provocaron alarma y protestas entre los pobladores y revuelo hasta entre los hombres de ciencia, por lo que el gobierno del estado suspendió la inmunización programada (*El Porvenir*, 28/02/1950).

La vacunación con la BCG proporcionada por los organismos internacionales se hizo en México desde finales de febrero de 1949, y, aunque con interrupciones, hasta octubre del año siguiente. El 10 de julio de 1950, el Cuerpo Técnico y Consultivo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se reunió con el director del Hospital Infantil, el jefe de la Campaña contra la Tuberculosis, varios representantes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, diversos especialistas, como Nils Levin —jefe de la Misión en México de la Campaña Internacional contra la Tuberculosis—, Jan Solem —jefe del Trabajo de Campo en México de la misma Campaña Internacional—, y varios tisiólogos e higienistas mexicanos.

Ernesto Cervera —microbiólogo formado en el Instituto Pasteur de París, que había dirigido el Instituto de Higiene— y José Luis Gómez Pimienta —que en ese momento era jefe de los Servicios de Tuberculosis del Hospital General y catedrático de Clínica del aparato respiratorio de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México— habían sido investidos de poder por la Secretaría para investigar en el Hospital Infantil y diferentes maternidades, el Instituto de Higiene, el Laboratorio del BCG, la Campaña Antituberculosa y el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, y presentaron su informe el 14 de agosto de 1950.

Sobre las defunciones del Hospital Infantil reportaron que, desde la inauguración de este en 1943 hasta antes del uso de la BCG, solo se había realizado la autopsia de un niño menor de un año muerto por tuberculosis, mientras que después de ella eran muchos los fallecidos entre las edades de un mes 23 días y 8 meses. Se trataba de niños recién nacidos, indemnes de tuberculosis, que habían sido vacunados durante los primeros diez días de vida. En ningún caso existían antecedentes familiares de tuberculosis; la alimentación de los niños había sido materna, con excepción de un caso en que se había completado con leche semidescremada, y los estudios anatomopatológicos habían mostrado en todos los cadáveres lesiones macroscópicas de tuberculosis generalizada, con participación

constante de los ganglios mesentéricos, lo cual atestiguaba que la puerta de entrada había sido la vía digestiva, por donde se había administrado esta vacuna de gérmenes vivos. También en todos los casos, habían confirmado por bacterioscopía la muerte por este padecimiento. Y concluyeron:

...creemos que ha llegado el momento de comunicar a las autoridades superiores los hechos, en el estado en que se encuentran; sacar conclusiones hasta donde es posible hacerlo, y hacer proposiciones para que, en un futuro, no se repitan esos casos desastrosos, por no decir catastróficos [...]. Creemos que las defunciones han sido motivadas por el BCG. (AHSSA, 1950)

En observaciones radiológicas del grupo piloto de niños vacunados en el Centro Materno-Infantil Ávila Camacho encontraron también que entre 55 niños calmetizados, había 12 imágenes radiológicas de lesiones pulmonares evidentes y cinco discretas, y hasta ese momento una defunción. Gómez Pimienta señaló que la tasa de mortalidad infantil había ido descendiendo desde el fin de la Revolución, pero a partir del inicio de vacunación con la BCG oral, la mortalidad de niños de uno a cuatro meses, especialmente por enfermedades de las vías respiratorias, había aumentado, a pesar de que diez años antes no se contaba con penicilina o estreptomina; la vacunación había empezado en febrero de 1949, y el alza de la curva de letalidad había comenzado un mes después. Aseguró que la asociación entre vacunación y mayor mortalidad infantil podría comprobarse fácilmente si se comparaban los nombres de los niños vacunados y los de aquellos registrados como fallecidos. Y concluyó: “Falta precisar la magnitud del desastre ocasionado por el BCG administrado por vía oral en México” (AHSSA, 1950).

Gómez Pimienta demandó proscribir la vacuna oral, que a juzgar por bibliografía recopilada por la revista *Lotta contra la Tuberculosis* en su número de noviembre y diciembre de 1949, con excepción de tres países latinoamericanos —Brasil, Argentina y Bolivia—, había sido abandonada. Dijo que podía hacerse vacunación por escarificaciones, y tres gotas de BCG, como se hacía en Francia. Insistió en que antes de experimentar con vacuna oral en los niños, el Comité y la Campaña Nacionales de Lucha contra la Tuberculosis debían hacerlo en animales, y desde luego debía realizarse la autopsia de quince cadáveres de lactantes menores refrigerados en el Hospital Infantil, pues solo habían examinado al 5% de los cadáveres de niños calmetizados fallecidos. Recordó que la vacuna BCG era un mal sustituto de los métodos de control de la tuberculosis sancionados por la experiencia (AHSSA, 1950).

En ese mismo sentido, un trabajo publicado hacía dos décadas en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, había reflexionado que cuando se consideraba que el presunto efecto protector del BCG cesaba probablemente en el transcurso de un año o dos, y que durante un mes o más (seis semanas, según la comisión francesa), había que aislar cuidadosamente al pequeño de toda posible contaminación tuberculosa, debía admitirse que la adopción general de esa vacunación resultaba poco práctica. Se preguntaba por qué si se decía que el BCG era eficaz, la mortalidad infantil en Francia había aumentado en los años de su aplicación. En cambio, en Reino Unido,

sin ninguna medida destinada a fortalecer la inmunidad específica, la mortalidad por tuberculosis en los menores de un año había disminuido en no menos de 86% en el treintenio 1898-1927. En los EEUU, sin tal vacunación, y con la mera aplicación de las medidas contra la tuberculosis cuyo valor indudable había sido comprobado vez tras vez, desde hacía tiempo en todas partes del mundo, la mortalidad por tuberculosis en la infancia había disminuido en los últimos años, no solo marcadamente sino hasta más que en los países donde el aludido método había sido implantado (OSP, 1931).

Durante el gobierno de Lázaro Cárdenas (1934-1940), las autoridades sanitarias habían propuesto combatir las causas de la mortalidad infantil, así como las raíces de las enfermedades epidémicas y endémicas que asolaban a la población, por medio del mejoramiento de la alimentación y de la habitación, y enfatizando la importancia de la medicina preventiva, pero los gobiernos que le siguieron abandonaron gradualmente estos proyectos y cambiaron el énfasis a la medicina curativa (Carrillo, 2005b; Birn, 2006).

A diferencia de Gómez Pimienta, los representantes de la Campaña contra la Tuberculosis insistieron en continuar la experimentación en una maternidad, con un grupo control y un grupo testigo (vacunados y no vacunados). Según Gutiérrez Villegas, se trataba de una investigación científica: “Decir que se va a experimentar con estos niños es un término duro; por el contrario, se va a buscar si las condiciones del medio podrán originar algún fracaso”. Por su parte, el médico Lamberto Lagarde aseguró que en octubre habían iniciado la vacunación en Pachuca, y no se habían presentado casos ni muertes, a pesar de que “Pachuca era un medio minero, y los trabajadores, silicosos y tuberculosos solapados”. Insistían en que la vacunación por vía intradérmica era inconveniente en niños de menos de un año, pero a la pregunta Gómez Pimienta sobre el procedimiento que se seguía en Escandinavia para vacunar a los recién nacidos, a Nils Levin no le quedó más remedio que responder que se empleaba la intradérmica para todos (AHSSA, 1950).

La vacunación fue interrumpida, pero luego fue reanudada. Por eso continuaron las protestas. Desde que se dieron a conocer los primeros casos de niños afectados por la BCG, no había cesado la campaña periodística sostenida por sindicatos de médicos cirujanos, médicos independientes y personal sanitario que se oponían a la vacunación oral. Estas noticias provocaron gran alarma y desconcierto en la población, que se manifestó en una oleada de protestas en todos los lugares donde esta se administraba. Padres de familia dijeron no estar dispuestos a que sus hijos sirvieran de conejillos de Indias, e incluso dejaron de enviarlos a la escuela, para evitar que fueran vacunados (*El Universal*, 12/10/1950). Esta oposición se dio tanto en escuelas privadas como en públicas. Al parecer los niños habían sido vacunados en las escuelas de Tuxpan, Veracruz, y brigadistas trataban de hacer lo mismo en Nuevo Laredo, Tamaulipas (*El Universal*, 5/10/1950; 10/10/1950).

El médico Norberto Treviño Zapata —jefe del Departamento de Higiene Escolar de la Secretaría de Educación Pública— aseguró que en las escuelas no se había vacunado a ningún niño, ni acordado hacerlo, por lo que era injustificada la alarma de los padres de familia. Eso sí, el Departamento de Higiene Escolar realizaba desde

1937 una activa campaña antituberculosa en el medio escolar por conducto de los dispensarios antituberculosos, en los cuales se realizaban estudios clínicos de laboratorio y de rayos X. Aseguró que, en el caso de que se ordenara la aplicación de la vacuna BCG entre la población escolar y los padres la autorizaran, se procedería a hacer los exámenes correspondientes de los niños para determinar cuáles podían ser vacunados, y se llevaría después el estudio clínico de cada uno de los alumnos vacunados (*El Universal*, 7/10/1950).

Además de la Sociedad Mexicana de Pediatría, también debatieron respecto del BCG oral la Sociedad Mexicana de Tisiología y la Academia Nacional de Medicina. Todas ellas recibieron comunicados suscritos por la Sociedad Mexicana de Higiene y firmados por los doctores Alberto P. León como presidente y Adán Ornelas Hernández como secretario, en las que se les pedía su ayuda para convencer al “pueblo atrasado que no se deja becegizar”, y para hacer una campaña en contra del periódico *El Universal*, que —decían— trataba de “desorientar” a la opinión pública del país (*El Universal*, 22/10/1950). Anne Marie Moulin ha dicho que la resistencia a las vacunas frecuentemente es considerada un anacronismo contrario al progreso; pero —por lo general— tal resistencia “es la respuesta a un procedimiento médico incierto, no totalmente validado, inoportunamente aplicado o mal explicado” (Moulin, 2003, p. 503).

En la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM), el 25 de octubre de ese año, el doctor José Luis Gómez Pimienta dio lectura a su trabajo “Los principios racionales de la vacunación antituberculosa. Valor auxiliar en la campaña”, en el que afirmó que no era enemigo de la BCG, pero no estaba de acuerdo con el método que se había empleado en México. Creía que la vacuna oral había provocado las defunciones de niños; las atribuía a la excesiva dosis (la dosis de 90 mg usada en México era el triple de la aconsejada por Calmette) y a que se había olvidado que el recién nacido era más susceptible que el animal de laboratorio (ANMM, 1950).

Fue rebatido por algunos connotados tisiólogos, que defendían la vacuna oral, como Ismael Cosío Villegas y Donato G. Alarcón. El primero alegó que no había estudios radiológicos de los niños enfermos de tuberculosis antes de la aplicación de la vacuna y que por ello no se demostraba ausencia previa de lesiones, y que, además, los afectados representaban un número “infinitamente pequeño” de los vacunados. Coincidió con el doctor Gómez Pimienta en que había que vacunar solo a los niños que no presentaran alergia; pero no creía que se prestara a discusión ni la vía de administración de la vacuna ni la dosis de esta. Concluyó que México no podía dejar de cumplir sus compromisos internacionales (ANMM, 1950).

El doctor Alarcón, por su parte, señaló que los extranjeros tenían experiencia con la BCG. “Necesitamos correr los mismos riesgos que ellos han corrido, para poder contar con experiencias y estudios propios” (ANMM, 1950, p. 3). La vacunación era un procedimiento delicado, que entrañaba un riesgo, que los médicos debían tener el valor de aceptar. Afirmó que, si había habido errores, no era el escándalo la forma de corregirlos. Pero si Cosío Villegas defendió la dosis de 90 mg empleada en México, Alarcón reconoció que no era la misma empleada en otros países y que había que revisarla. A propuesta de ambos, la Academia designó una comisión para estudiar este asunto. Enfrentado a los defensores de la BCG oral, el médico Pablo

Mendizábal señaló que el asunto llevaba 25 años discutiéndose en el país, y aún no adquiriría carta de nacionalidad, y que no era posible negar los casos de muerte por calmetización (ANMM, 1950).

Aunque no aparece en el libro de Actas de la Academia Nacional de Medicina de México, la prensa reprodujo enfrentamientos abiertos que se dieron en la reunión. Mendizábal preguntó a los miembros de la agrupación: “¿Cuántos de ustedes permitirían que sus hijos fueran vacunados con BCG?”, y solo los responsables de la campaña levantaron la mano. Y cuando el tisiólogo Donato G. Alarcón defendió a la BCG, con el argumento de que los mexicanos tenían el derecho de ensayar como los demás países, un académico lo increpó: “Ensayá en tus hijos”. Algunos de los académicos declararon que las prácticas seguidas por el Instituto del BCG carecían del rigor que debía normar toda tarea científica, y ni siquiera existían historias clínicas de los vacunados. Reportó entonces el periódico *El Universal*: “Como verán nuestros lectores, después de 19 meses de haberse aplicado la vacunación en masa en este país, se está terminando por donde debería haberse empezado: discutir seriamente un problema que atañía al prestigio de México” (*El Universal*, 26/10/1950, p. 1 y 6). El periódico aseguró que, en forma indiscriminada, se había vacunado por vía oral a cerca de 50.000 recién nacidos de maternidades, sin el consentimiento de los padres de los recién nacidos (*El Universal*, 1/10/1950).

Tan solo dos días después, la Secretaría de Salubridad y Asistencia decidió suspender de manera definitiva la vacunación contra la tuberculosis por cualquier vía en todos los menores de un año; también desechar terminantemente su aplicación por la vía oral en cualquier edad; así como suspender temporalmente la campaña masiva de vacunación, y cualquier vacunación aplicada sin consentimiento informado. Decidió, asimismo, que cuando se reanudara la vacunación, esta debería hacerse sobre bases distintas a las que hasta ese momento había tenido, lo que significaba una modificación en los convenios celebrados con la Organización Mundial de la Salud. “Dada la inadaptabilidad al medio de parte de los técnicos extranjeros”, la tarea quedaría en lo sucesivo encomendada a técnicos mexicanos (*El Universal*, 27/10/1950, p. 1 y 6). Periódicos que habían defendido la vacunación dieron también la noticia (*El Nacional*, 30/10/1950).

Tal decisión indignó al doctor León, quien dijo que eso violaba acuerdos con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), la Organización Mundial de la Salud y la Cruz Roja de países escandinavos. El médico danés Ustvedt, director adjunto de la Obra Común, reconoció que las campañas de vacunación en serie se prestaban mal a investigaciones científicas rigurosas. El tiempo de que se disponía era corto, la formación del personal médico y de enfermería encargada de efectuar las pruebas y de leer las reacciones era diversa, el material de inoculación no era siempre homogéneo, los niños escapaban con frecuencia de los controles repetidos, y sus antecedentes de enfermedad eran difíciles de conocer (*El Universal*, 1/10/1950).

En los siguientes años, tanto los organismos internacionales como el doctor León y otros tisiólogos intentarían restablecer la vacuna BCG, aunque nuevos accidentes con ella seguían siendo descritos en el mundo, con reportes de una eficacia variable

de la vacuna entre el 0% y el 80%; pobre en particular entre los adultos de las regiones tropicales y subtropicales (Lombard, 1955). Ariztia *et al.* (1960) reportaron casos en Chile que coincidían con otros presentados en Suecia, de diseminación generalizada del bacilo BCG, con producción de muerte del vacunado. Tanto la evolución clínica como los hallazgos anatomopatológicos permitían confirmar el diagnóstico de generalización del BCG, introducido por la vacunación oral. En algunos casos solo se presentaban lesiones locales benignas, pero en otros, las lesiones eran graves o muy graves, si bien representaban excepciones entre los vacunados. Un año después de que la vacuna BCG había sido suspendida, Ocaranza dio a conocer a la Secretaría un artículo del *New English Journal of Medicine*, del 27 de septiembre de 1951, en el que el estadounidense Robert C. Pertenheimer sostenía que el BCG era un mal sustituto de los métodos tradicionales de control de la tuberculosis.

Después del accidente con la vacuna BCG proveniente del extranjero, se pondría énfasis en la producción nacional de vacunas. Hacia la década de 1980, México lograría autosuficiencia en la producción de biológicos, que era considerada no solo un asunto de orgullo nacional, sino también una prioridad para asegurar la salud de las futuras generaciones y la soberanía del país (Carrillo, 2017).

Reflexiones finales

Desde principios del siglo XIX, con la llegada de la vacuna contra la viruela, la vacunación en México fue un asunto de Estado y de bienestar público. En el último tercio de esa centuria, comenzó la producción moderna de vacunas en el país, la cual continuó en el siglo XX. La política de vacunación de las autoridades sanitarias fue en general exitosa; pero no estuvo exenta de contratiempos.

Aquí se ha presentado un accidente con vacuna BCG oral, intentando cotejar los documentos de archivo y la prensa periódica, para analizar las confrontaciones que hubo entre los diferentes actores implicados: por un lado, los dirigentes de la Campaña Nacional contra la Tuberculosis, el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, el Laboratorio de BCG y el Hospital Infantil, que defendían la vacuna BCG oral; autoridades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la Secretaría de Educación Pública, y miembros de las sociedades mexicanas de Pediatría, Higiene y Tisiología, y la Academia Nacional de Medicina, que actuaron como intermediarios; y, por otro lado, en contra de la BCG oral, la prensa periódica, los médicos alarmados por la muerte de recién nacidos vacunados, que fueron base de apoyo a la campaña periodística, y padres de familia, todos los cuales lograron suspender la vacunación, si bien cuando esta ya había afectado a un número de niños, que aún faltaría precisar.

Llama la atención, la insistencia en continuar vacunando con BCG oral, sin consideración del sufrimiento de los niños, en nombre del avance de la investigación científica y del cumplimiento de acuerdos internacionales. Se restaba importancia a los efectos negativos de las vacunas, con el argumento de que la enfermedad que trataban de prevenir tenía una alta tasa de mortalidad, y el porcentaje de los afectados era pequeño.

En este caso, la vacunación oral con BCG fue suspendida, como lo fue en la mayoría de los países entonces, si bien no se reconoció ante la población lo que había sucedido, pero la controversia también afectó la vacunación parenteral, y tomó diez años a los defensores de la vacunación contra la tuberculosis que esta volviera a implantarse, aunque en ese tiempo el tema seguiría debatiéndose en sociedades científicas, como las mexicanas de Tisiología y de Higiene.

Quizá con excepción del acceso al agua potable, ninguna intervención ha tenido el impacto que han tenido las vacunas en la salud pública. Pero su valor no es igual en todas las enfermedades. En efecto, la tuberculosis era una enfermedad que tenía un peso importante en la morbilidad y la mortalidad; es una enfermedad crónica, y en esa época no había un tratamiento realmente efectivo. Sin embargo, se sabía que la tuberculosis atacaba a quienes estaban mal alimentados, vivían en viviendas poco salubres y estaban agotados por el trabajo, por lo que los sanitaristas planteaban que, para evitarla, había que modificar estas condiciones.

Las vacunas han desempeñado un papel fundamental en la salud moderna. Pero la producción y el uso de vacunas deben ser estudiados de manera crítica; en su historia hay innumerables ejemplos de experimentación en humanos: generalmente las poblaciones de los países pobres, en particular, los niños asilados o de barrios populares, y la oposición a ellas suele tener una causa justificada. Los accidentes con vacunas son otra parte de la historia de la vacunación y explican al menos algunas de las resistencias históricas y actuales de la población a someterse a esta práctica.

Bibliografía

- Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA), Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), Subsecretaría de Asistencia (SubA) (1950). Caja 53, exp. 1, 1950-1979 [248 f.].
- Academia Nacional de Medicina de México (ANMM) (1950). *Intervenciones en el Libro de Actas de la Academia Nacional de Medicina de México*, sesión del 25 de octubre de 1950, p. 2-5.
- Ariztia, A.; Moreno, L.; Gaucés, C.; Mootero, R. (1960). Caso fatal de generalización de BCG. *Revista Chilena de Pediatría*, v. 31, n. 2, p. 70-81. doi: 10.4067/S0370-41061960000200003.
- Birn, A. E. (2006). *Marriage of Convenience. Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico*. Rochester: University of Rochester Press.
- Blume, S. (2005). Lock in, the State and Vaccine Development: Lessons from the History of the Polio Vaccines. *Research Policy*, v. 34, n. 2, p. 159-173. doi:10.1016/j.respol.2004.12.001.
- Bonah, C.; Menut, P. (2004). BCG Vaccination around 1930. Dangerous Experiment or Established Prevention? Practices and Debates in France and Germany. En: Roelcke, V.; Maio, G. (eds.). *Twentieth Century Ethics of Human Subjects Research: Historical Perspectives on Values, Practices and Regulations*. Medical History. Stuttgart: Franz Steiner Verlag. p. 111-128.
- Bustamante, M. E. (1977). Consecuencias médico-sociales de la viruela y de su erradicación. *Gaceta Médica de México*, v. 113, n. 12, p. 564-573.
- Calmette, A. (1931). ¿Puede temerse que la vacuna BCG se transforme en el organismo en bacilo tuberculoso virulento? En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, n. 61. *Inmunización profiláctica de los recién nacidos con BCG*. Washington D. C.: Imprenta del Gobierno de los EEUU. p. 8-17. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10572>.

- Carrillo, A. M. (2001). La patología del siglo XIX y los institutos nacionales de investigación médica en México. *Laborat-Acta*, v. 13, n. 1, p. 23-31.
- Carrillo, A. M. (2005a). ¿Estado de peste o estado de sitio? Mazatlán y Baja California 1902-1903. *Historia Mexicana*, v. 54, n. 4, p. 1049-1103.
- Carrillo, A. M. (2005b). Salud pública y poder en México durante el cardenismo, 1934-1940. *Dynamis. Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, v. 25, p. 145-178. Recuperado de: <https://bit.ly/3d7pQxY>.
- Carrillo, A. M. (2012). Los modernos Minotauro y Teseo: la lucha contra la tuberculosis en México. *Estudios Digital*, n. especial, p. 85-101. Recuperado de: <https://bit.ly/3lgXQFZ>.
- Carrillo, A. M. (2017). Vaccine Production, National Security Anxieties and the Unstable State in Nineteenth —and Twentieth— Century Mexico. En: Holmberg, C.; Blume, S.; Greenough, P. (eds.). *The Politics of Vaccination. A Global History*. Manchester: Manchester University Press. p. 121-147. doi: <https://doi.org/10.7765/9781526110916.00013>.
- El Nacional* (12/02/1950). 46 millones de personas vacunadas con la antituberculosa BCG, sin accidente alguno. México D.F., p. 1 y 8.
- El Nacional* (26/02/1950). Desorientación en el caso del BCG. México D.F., p. 1 y 8.
- El Nacional* (9/03/1950). Ningún tisiólogo serio se opone a la vacuna BCG. México D.F., p. 1.
- El Nacional* (8/03/1950). La controversia mexicana sobre la BCG puede demorar la campaña antituberculosa. México D.F., p. 2.
- El Nacional* (7/03/1950). Que la vacuna BCG es inofensiva y efectiva, además. México D.F., p. 1 y 7.
- El Nacional* (30/10/1950). Vacunación voluntaria. México D.F.
- El Porvenir* (30/09/1950). Niegan que las lesiones pulmonares provengan de la aplicación del BCG. Monterrey, estado de Nuevo León, p. 2.
- El Porvenir* (28/02/1950). Aplazaran la implantación de la vacuna BCG en el estado. Monterrey, Nueva León, p. 9.
- El Universal* (28/09/1950). Denuncia de un caso funesto por el BCG. México D.F., p. 1 y 30.
- El Universal* (1/10/1950). La existencia del niño mexicano vale más que el ensayo del BCG. México D.F., p. 1 y 10.
- El Universal* (12/10/1950). Sigilosas precauciones para hablar del BCG. México D.F., p. 1 y 6.
- El Universal* (5/10/1950). Insisten en aplicar BCG a los escolares. México D.F., p. 1 y 10.
- El Universal* (10/10/1950). Ratifica educación su orden respecto a BCG. México D.F., p. 1 y 15.
- El Universal* (7/10/1950). Que no hay vacunado ni hay autorización. México D.F., p. 1 y 7.
- El Universal* (22/10/1950). Reunión y coincidencia para hablar del BCG. México D.F., p. 1 y 15.
- El Universal* (26/10/1950). Discusión médica de la vacuna con BCG. México D.F., p. 1 y 6.
- El Universal* (27/10/1950). Queda suspendida la vacunación que se estuvo imponiendo con el BCG. México D.F., p. 1 y 6.
- Excelsior* (11/02/1950). Desconcierto en el Hospital Infantil por la muerte de dos niños al aplicarles el BCG. México D.F., p. 1.
- Excelsior* (12/02/1950). No fue el BCG el que causó la muerte de los dos niños. México D.F., p. 10.
- Gaceta Médica de México* (1950). La Oficina Sanitaria Panamericana. *Gaceta Médica de México*, v. 80, n. 1, p. 129-130.
- Garza-Brito, A. (1989). *El Instituto Nacional de Higiene*. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México, Instituto de Higiene, trabajos de concurso, caja 2, exp. 22 [88 f.].

- Garza-Ramos, J.; Viesca, C.; Franco-de-Guzmán, G. (1986). Les vaccins au Mexique. En: Garza-Ramos, J. (ed.). *Symposium. Progres a l'usage de vaccins, 1885-1985*. México: Secretaría de Salud. p. 260-269.
- Lombard, P. (1955). New accidents after BCG vaccination. *Pediatric*, v. 10, n. 1, p. 85-86.
- Moulin, A. M. (2003). A hipótese vacinal: Por uma abordagem crítica e antropológica de um fenómeno histórico. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 10 (sup. 2), p. 499-517. doi: 10.1590/S0104-59702003000500004.
- Moulin, A. M. (2004). The International Network of the Institute Pasteur: Scientific Innovations and French Tropisms. En: Charle, C.; Schriewer, J.; Wagner, P. (eds.). *The Emergence of Transnational Intellectual Networks and the Cultural Logic of Nations*. New York: Campus Verlag. p. 135-162.
- Oficina Sanitaria Panamericana (1931). Editorial: Vacunación antituberculosa con BCG. En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, n. 61. *Inmunización profiláctica de los recién nacidos con BCG*. Washington D. C.: Imprenta del Gobierno de los EEUU. p. 17-22. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10572>.
- Ortiz-Covarrubias, M. A. (2011). Albert Calmette y la vacuna BCG. *Pediatría de México*, v. 13, n. 2, p. 81-84. Recuperado de: <https://bit.ly/3G4Nfge>.
- Petroff, S. A. (1931). Inmunización profiláctica de los recién nacidos con BCG. En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, n. 61. *Inmunización profiláctica de los recién nacidos con BCG*. Washington D. C.: Imprenta del Gobierno de los EEUU, n. 61. p. 1-7. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10572>.
- Rodríguez de Romo, A. C. (1996). La ciencia pasteuriana a través de la vacuna antirrábica: El caso mexicano. *Dynamis. Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, v. 16, p. 291-316. Recuperado de: <https://bit.ly/3D3oA9K>.
- Santos, J. I. (2006). Cambios en los esquemas de vacunación y la vacunación en adultos. En: Urbina-Fuentes M.; Moguel-Ancheita, A.; Muñiz-Martelón, M. E.; Solís-Urdaibay, J. A. (eds.). *La experiencia mexicana en salud pública. Oportunidad y rumbo para el tercer milenio*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica. p. 191-223.
- Servín-Massieu, M. (2000). *Microbiología, vacunas y el rezago científico de México a partir del siglo XIX*. México: Plaza y Valdés.
- Stern, A. M.; Markel, H. (2005). The History of Vaccines and Immunization: Familiar Patterns, New Challenges. *Health Affairs*, v. 24, n. 3, p. 611-621. doi: 10.1377/hlthaff.24.3.611.
- Weindling, P. (2001). The Origins of Informed Consent: The International Scientific Commission on Medical War Crimes, and the Nuremberg Code. *Bulletin of the History of Medicine*, v. 75, n. 1, p. 37-71. doi: 10.1353/bhm.2001.0049.

Florencio Pérez Gallardo y una vacuna propia para la poliomielitis en España

María Isabel Porras Gallo¹ y María Victoria Caballero Martínez²

Introducción³

Aunque la poliomielitis está presente actualmente solo en Pakistán y Afganistán, las secuelas paralíticas en quienes la sufrieron y el impacto del síndrome pospolio en las personas que la padecieron a mediados del siglo XX, confieren gran relevancia social a esta enfermedad y al análisis histórico de la lucha contra ella. El interés es mayor si tenemos en cuenta el efecto negativo que la actual pandemia de COVID-19 está teniendo en el mantenimiento de un ritmo adecuado de inmunización de la población infantil, que puede comprometer no solo el ansiado anhelo de su erradicación mundial, sino inclusive el control existente en estos momentos.

Recordemos que la emergencia epidémica de la poliomielitis en Europa tuvo lugar a finales del siglo XIX y primeras décadas del XX, afectando por primera vez, en 1881, a la ciudad de Umea, en Suecia (18 casos), para ir extendiéndose progresivamente de norte a sur, más allá de los países escandinavos. Los primeros brotes en Italia, Alemania y Francia se produjeron a partir de 1883 y en la última década decimonónica estaba presente en Inglaterra, Gales, España, Austria y había alcanzado los EEUU y Canadá (Porras Gallo & Ayarzagüena Sanz, 2013). La progresión epidémica siguió con el cambio de siglo y llegó también al este de Europa (29 casos en San Petersburgo en 1909) (Batten, 1911). La gravedad de las epidemias se intensificó en la segunda década de la pasada centuria, tanto en Europa como en el norte de América, donde fue particularmente grave la epidemia de Nueva York de 1916. La inquietud social generada impulsó la toma de nuevas medidas de lucha, como la conversión de la poliomielitis en una enfermedad de declaración obligatoria en aquellos países que, como España, aún no la habían incluido en su legislación (Porras Gallo & Ayarzagüena Sanz, 2013).

La expansión global de la poliomielitis prosiguió en el periodo de entreguerras y con el desarrollo de la Segunda Guerra Mundial (Smallman-Raynor & Cliff, 2006),

¹Doctora en Medicina y Cirugía. Profesora e investigadora, Facultad de Medicina de Ciudad Real, Universidad de Castilla-La Mancha, España.

²Doctora en Medicina y Cirugía. Profesora e investigadora, Facultad de Medicina de Ciudad Real, Universidad de Castilla-La Mancha, España.

³Este trabajo ha sido realizado en el marco del proyecto de investigación financiado por la Junta de Castilla-La Mancha-Fondos FEDER (ref. SBPLY/17/180501/000382), y del proyecto financiado por MINECO-Fondos FEDER (ref. PID2019-108813GB-I00).

pese a los esfuerzos realizados por el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones para establecer, entre otras cosas, la rápida circulación de la información relativa a la presencia de enfermedades de declaración obligatoria. En este nuevo contexto, que se acompañó de algunas mejoras en el conocimiento de la poliomielitis y en el modo de combatirla, se registró en Madrid una epidemia importante en 1929, que fue seguida de otras en la siguiente década en otros puntos del país. Esta situación se agravó tras la Guerra Civil española, sobre todo a partir de 1950, cuando la situación en el conjunto de los países europeos había empeorado hasta niveles más preocupantes incluso que en España, con una clara presentación epidémica. En 1953, más del 50% de los casos declarados en Europa correspondieron a Inglaterra, Gales, Italia y Suecia (56%).

Esta situación epidemiológica no solo afectaba a Europa, sino también a buena parte del mundo occidental. Lo que motivó el interés de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por esta enfermedad y llevó a su Comité de Expertos en Poliomielitis a considerarla, en su primer informe (Expert Committee on Poliomyelitis, 1954), como uno de los más importantes problemas de salud pública internacional (Freyche & Nielsen, 1956). En esas fechas, la lucha contra la poliomielitis se estaba transformando con el desarrollo de las primeras vacunas que mostraban eficacia profiláctica. De hecho, el 12 de abril de 1955 se anunciaron los resultados positivos del ensayo llevado a cabo con la vacuna inyectable de Jonas Salk en la primavera y verano de 1954 (Paul, 1971). Este anuncio fue seguido del comienzo de una campaña masiva de vacunación en los EEUU que, a principios de mayo de 1955, sufrió un importante revés al producirse el denominado “incidente Cutter”⁴, aunque poco después se continuó con la administración de la vacuna (Offit, 2005). La inmunización de la población —infantil, fundamentalmente— se convirtió en la esperanza de controlar la poliomielitis, y contó desde 1961 con un nuevo tipo de vacuna, la atenuada de administración oral, de Albert Sabin. Como veremos seguidamente, fueron varios los países que desarrollaron investigaciones para poner a punto y producir su propia vacuna, dada la relevancia social y científica otorgada a este recurso. Uno de ellos fue España, aunque no pudo utilizarla masivamente en la lucha contra la polio.

A lo largo de las próximas páginas se analiza la investigación realizada por el médico Florencio Pérez Gallardo (1917-2006) entre 1958 y 1961 para desarrollar una vacuna contra la polio, al igual que lo hacían otros países europeos. Se señalan también los problemas políticos, logísticos, científicos y económicos, que surgieron durante su ejecución, y el papel desempeñado por la OMS. Se indica igualmente cuáles fueron los resultados obtenidos con esta iniciativa y el impacto que tuvieron en la estrategia de lucha contra la poliomielitis, adoptada por España. Asimismo, en el texto se pone de relieve el papel desempeñado por sus visitas de investigación y las relaciones establecidas con científicos relevantes, como Albert Sabin. Nos apoyamos para ello en un conjunto variado de fuentes, que incluye: fuentes médicas impresas, documentación de archivo e impresa de la OMS, las actas de los simposios

⁴Este suceso implicó la aparición de casos de polio entre personas vacunadas con un lote de los laboratorios Cutter, en el que no se habría efectuado correctamente la inactivación del virus.

de la *Association Européenne contre la Poliomyélite* (AEP), el Informe Memoria de Pérez Gallardo para la Fundación Juan March (1961) y la correspondencia entre el científico español y Albert Sabin.

Nuestro marco teórico principal es el de la historia social de la medicina, combinado con elementos de la historia de las agencias sanitarias internacionales y su papel para facilitar la circulación del conocimiento, de científicos y de buenas prácticas.

Hasta el inicio del siglo XXI, la historia de la poliomielitis en sus distintos aspectos había sido estudiada casi únicamente en los EEUU (Paul, 1971; Gould, 1997; Rogers, 1992). El interés creció con el nuevo milenio no solo en ese país (Oshinsky, 2005; Rogers, 2013), sino también en Canadá (Seytre & Shaffer, 2005; Aitken *et al.*, 2004), Latinoamérica (Álvarez, 2015a, 2015b; Beldarraín Chaple, 2015; Testa, 2018a, 2018b) y en algunos países europeos, como Suecia (Axelsson, 2004, 2009, 2012), Hungría (Vargha, 2014, 2017, 2018a, 2018b, 2018c), Portugal (Guerra Santos, 2010; Guerra Santos *et al.*, 2016), Italia (Fantini, 2012) y, sobre todo, España (Báguena, 2004; Ballester & Porras, 2009, 2012; Porras Gallo *et al.*, 2013; Rodríguez-Sánchez & Seco Calvo, 2009; Rodríguez-Sánchez, 2015; Rodríguez-Sánchez & Guerra Santos, 2015, 2019; Toledo, 2013)⁵. Se han realizado también algunos estudios comparados, entre ellos los de Lindner y Blume (2006), Caballero Martínez (2017) y otros recogidos en Porras Gallo *et al.* (2016). Sin embargo, la historiografía aún no se ha ocupado de estudiar la producción de vacunas contra la poliomielitis por Pérez Gallardo.

Las vacunas europeas contra la poliomielitis

Una de las iniciativas adoptada por Europa para luchar contra la poliomielitis tras la Segunda Guerra Mundial fue la creación de la *Association Européenne contre la Poliomyélite* en 1951, que desempeñó un activo papel a través de sus simposios anuales o bianuales, en los que se debatieron todos los aspectos de la enfermedad y, muy especialmente, el de las vacunas y la vacunación (Porras *et al.*, 2010; Porras *et al.*, 2012). También, desde el inicio de la década de 1950, algunos países europeos —especialmente los del norte de Europa— habían realizado un largo recorrido en la investigación y el estudio de la poliomielitis, que incluía el inicio de trabajos para la consecución de una vacuna propia. Estas investigaciones cobraron mayor relevancia tras el incidente Cutter, que estimuló la búsqueda de una vía europea que evitara los efectos negativos habidos con la aplicación de la vacuna Salk.

Dinamarca y Suecia fueron pioneras en la producción de una vacuna antipoliomielítica propia. En el *Statens Serum Institut* de Copenhague, el equipo de Herdis von Magnus aisló diferentes cepas de poliovirus durante la epidemia de 1952 y preparó

⁵Se cita únicamente una muestra de la abundante bibliografía generada desde 2004 hasta la actualidad. Una amplia relación puede encontrarse en Porras Gallo *et al.* (2013) y Caballero Martínez (2017).

una vacuna inactivada con una técnica propia, modificada de la de Salk⁶, que estuvo disponible desde 1955 (Orskov, 1956). Con ella inició un plan de vacunación masiva ese mismo año, que incluyó a toda la población menor de 40 años, por decisión del Parlamento danés del 24 de mayo de 1955.

En Suecia, un equipo liderado por el profesor Sven Gard (1905-1998), virólogo del *Karolinska Institutet*, junto a Gunnar Olin, director del *State Bacteriological Laboratory*, comenzó en mayo de 1954 sus trabajos para encontrar una vacuna inactivada contra la polio, que evitara algunas de las anomalías detectadas en el método de producción de la vacuna estadounidense de Salk. Con la modificación del método de producción y la utilización de una cepa menos virulenta que la Mahoney (tipo 1), que se relacionaba con el incidente Cutter, la dotaron de mayor seguridad (Gard, 1955)⁷. Solo siete días después del anuncio del profesor Francis sobre el desarrollo de la vacuna Salk, el 19 de abril de 1955, Gard y Olin presentaban la vacuna inactivada sueca contra la polio (Gard, 1956). Aunque hubo que esperar a la finalización de su ensayo clínico, desarrollado entre 1955 y 1956, para comenzar la producción local a una escala suficiente para ser utilizada en la primera campaña masiva de vacunación contra la polio en Suecia, que comenzó en marzo de 1957 (Axelsson, 2012).

Por su parte, en Francia, Pierre Lépine (1901-1989), jefe del Departamento de Virus del Instituto Pasteur de París, trabajó desde 1951 en la selección de cepas de poliovirus para utilizarlas para la producción de una vacuna inactivada propia (Pavilanis & Lépine, 1952), que no estuvo lista para su aplicación hasta 1956 y solo a pequeña escala. La vacuna Lépine contenía cepas diferentes a las de Salk y un método distinto de inactivación (formaldehído y propiolactona), que aportaba seguridad y ventajas, especialmente en cuanto a los tiempos de inactivación, solo 72 horas, frente a los 9-12 días de la vacuna de Salk y las 96 horas de la de Gard (Lépine & Sautter, 1962; Lépine, 1963). No fue introducida en el calendario vacunal hasta 1958, cuando se dispuso de una producción suficiente, tras las mejoras realizadas en el Instituto Pasteur y la autorización otorgada a los Laboratorios Mérieux de Lyon en 1957 para su fabricación a mayor escala (Lacambre & Daire, 1959).

En Bélgica, también se optó por la producción de una vacuna inactivada propia elaborada en el laboratorio de la Universidad de Lovaina, dirigido por De Somer. Se elaboró inicialmente a partir de las cepas facilitadas por Lépine, aunque posteriormente se modificó su composición. Su utilización fue posible desde enero de 1958, cuando el Ministerio de la Salud Pública inició su Programa Nacional de Vacunación, gratuito para los niños de seis meses a 15 años (Recht, 1959).

Los Países Bajos, por su parte, poco después de iniciar su programa de vacunación, en 1957, con vacuna importada estadounidense y belga, decidieron crear en 1958, una nueva unidad en el Instituto Serológico Nacional (*Rijksinstituut voor Volksgezondheid*), la Unidad Bilthoven, que se ocuparía de la producción de una vacuna antipoliomielítica

⁶Las cepas utilizadas para la vacuna danesa fueron la Brunhilde procedente del laboratorio de Enders para el poliovirus tipo 1, y la MEF 1 y Saukett, recibidas del laboratorio de Salk, para los tipos 2 y 3, respectivamente.

⁷Sven Gard demostró que, al reproducir el procedimiento de inactivación de Salk, los resultados eran irregulares en cuanto a la presencia de virus en la vacuna y que existía el riesgo de contener virus activos.

inactivada propia, mejorada respecto de la Salk, en cuanto a su potencia antigénica (De Haas, 1959). Desde finales de 1958 se administró a las cohortes anuales, siguiendo una pauta de 4 dosis (Lindner & Blume, 2006).

Estos y otros países del Este, como la antigua Unión Soviética (en el Instituto de Investigación de la Poliomiélitis en Moscú desde 1957), o del sur de Europa, como Italia (en el Instituto Serológico de Milán y Nápoles y en el Instituto Sclavo de Siena desde 1957), también produjeron sus propias vacunas, conforme a los métodos de Salk o de Sabin (esta última desde 1958 en la antigua Unión Soviética). Fue en ese contexto científico internacional, en el que Pérez Gallardo inició sus trabajos para desarrollar sus propios prototipos experimentales de vacuna inactivada y atenuada contra la poliomiélitis en su laboratorio del Centro del Virus de la Escuela Nacional de Sanidad (Madrid), conforme a las recomendaciones del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (Comité de Expertos en Poliomiélitis, 1958, 1960; Caballero Martínez, 2017).

Contexto local de la iniciativa de Pérez Gallardo

En la decisión de Pérez Gallardo de desarrollar y producir una vacuna propia influyó también la presencia epidémica de la poliomiélitis en España, pese a que, en 1953, los informes de la OMS describían a España como un país no especialmente afectado por la enfermedad, a partir del número de casos notificados por el país a la agencia internacional (Freyche *et al.*, 1955). El subregistro de la morbilidad por polio fue habitual y la comunicación sistemática y fiable a la OMS fue escasa en los años cuarenta (Freyche & Nielsen, 1956), y en España se prolongó durante todo el franquismo. Y es que, aunque con años de retraso respecto de otros países occidentales, las tasas correspondientes a 1950 (5,73 por 100.000) y 1952 (5,56 por 100.000) se habían triplicado respecto de los valores históricos previos (2 por 100.000). La tendencia siguió siendo ascendente en España y su acmé se registró en 1958 (7 por 100.000) y 1959 (7,12 por 100.000 habitantes) (Pérez Gallardo *et al.*, 1963).

A pesar de la gravedad que el problema de la polio adquirió en la década de 1950, el gobierno franquista demoró su reconocimiento y aceptación hasta 1958, cuando se celebró el V Simposio de la Asociación Europea contra la Poliomiélitis en Madrid (Bosch-Marín & Bravo, 1959). Ante la mirada internacional de los congresistas asistentes, el gobierno justificó las epidemias de polio en España porque era también un país desarrollado y comunicó que ya se estaba vacunando. Un año antes, en 1957, se había iniciado la administración de la vacuna inactivada Salk, importada, pero a un escaso número de la población, sin carácter gratuito y sin posibilidad de controlar bien el efecto de su aplicación por falta de laboratorios y personal especializado (Laguna, 1958). Estas acciones hay que entenderlas en un marco condicionado por el devenir político del país, profundamente impactado aún por las consecuencias de la guerra civil, el establecimiento del régimen dictatorial y la penuria económica que dichos acontecimientos determinaron en la posguerra, pero también por la nueva situación que se abrió a partir de la entrada de España en la OMS en 1951.

Entre los muchos efectos negativos del conflicto bélico, uno de ellos fue la fragmentación de la atención de la salud para satisfacer a las principales facciones políticas que apoyaron el establecimiento de la dictadura franquista. Mientras que las tareas asistenciales, prestadas por el Seguro Obligatorio de Enfermedad, aprobado en 1942 e instaurado en 1944, dependían del Ministerio de Trabajo, controlado por la Falange Española de las Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista (FE-JONS), el único partido político reconocido; las labores preventivas eran competencia de la Dirección General de Sanidad, controlada por la vertiente militar y católica (Rodríguez-Ocaña, 2019). Otro de los efectos negativos fue la interrupción de buena parte de la actividad científica existente con anterioridad, que afectó de modo importante a la investigación virológica. Si antes de la guerra esta se encontraba presente en instituciones de Madrid, Barcelona y Valencia, al finalizar la contienda no se contaba con ningún centro verdaderamente preparado para la moderna virología, como lo indicaron algunos de los consultores de la OMS que visitaron España (Dekking, 1959; Wessalen, 1959) en el contexto de las negociaciones e instauraciones de los 21 *programas país* establecidos con la agencia internacional entre 1951 y 1975 (Porrás-Gallo & Báguena, 2020a). A través de estos recursos, la OMS concedió “ayuda técnica” como respuesta a las solicitudes de las naciones (Cueto *et al.*, 2019), y, con ello, se favorecía la circulación de conocimiento científico-sanitario, programas, prácticas y personas.

En este contexto, Pérez Gallardo —desde su posición de director del Servicio de Virus de la Escuela Nacional de Sanidad, institución creada en Madrid en 1924 con el apoyo de la Fundación Rockefeller para modernizar el sistema sanitario español (Barona, 2015; Rodríguez-Ocaña, 2014)— se planteó producir una vacuna propia contra la poliomielitis y seguir el ejemplo de otros científicos europeos. Aunque la contienda afectó negativamente a la Escuela Nacional de Sanidad (ENS) (Barona & Bernabeu-Mestre, 2008), el régimen franquista, marcadamente centralista, le dio prioridad para recibir los beneficios de los programas país, lo que le permitió desempeñar un papel clave en el desarrollo de la virología, que se vio favorecido también por la actividad reformista desplegada por Jesús García Orcoyen, el nuevo director general de Sanidad, desde 1957.

Desde la defensa de su tesis doctoral en 1940 sobre la rabia, Pérez Gallardo contó con el apoyo del director de la Escuela Nacional de Sanidad, Gerardo Clavero, figura bien posicionada dentro de la salud pública franquista. Desde 1942 realizó estancias formativas en diversos países —Alemania, Portugal, Marruecos, Nueva York, Francia, Italia, Dinamarca, Suiza y Suecia— que mejoraron su capacitación sobre las rickettsiosis y las enfermedades víricas, y le proporcionaron relaciones con los principales científicos de la época y figuras relevantes de la OMS, que fueron clave posteriormente para él y su grupo de investigación. Sus estancias estuvieron financiadas por programas del gobierno español, como el de la Junta de Relaciones Culturales del Ministerio español de Asuntos Exteriores, heredero del programa de la Junta de Ampliación de Estudios de 1907, pero también con las primeras becas otorgadas por la OMS, tras el ingreso de España en esa agencia internacional (Ballester, 2016). En otro trabajo hemos considerado este esfuerzo del régimen franquista por favorecer la especialización en virología de Pérez Gallardo, como una maniobra para justificar

su promoción al frente del Servicio de Virus de la Escuela Nacional de Sanidad, en vez de Eduardo Gallardo, responsable con anterioridad a la guerra civil (Porras-Gallo & Báguena, 2020a). Oficialmente, esa promoción se produjo al inicio de 1955, cuando los positivos resultados de la vacuna Salk dotaban de mayor protagonismo a estos recursos profilácticos. Poco tiempo después comenzó a negociarse el Programa país España 25 (E25), dedicado a las enfermedades víricas y de interés para los laboratorios de salud pública, que se inició en 1959 y tuvo relevancia para la iniciativa de Pérez Gallardo que analizamos seguidamente⁸.

Los trabajos de Pérez Gallardo para producir una vacuna contra la poliomielitis

La investigación realizada por Florencio Pérez Gallardo y su grupo, con la intención de preparar una vacuna contra la poliomielitis, formaba parte de un estudio amplio sobre la epidemiología y la profilaxis de la poliomielitis en España, que se desarrolló desde 1957 con la ayuda de una subvención de la Dirección General de Sanidad de 500.000 pesetas y con el apoyo financiero de la Fundación privada Juan March, que le concedió, en 1958, la ayuda de investigación de Ciencias Médicas, dotada con otras 500.000 pesetas. El estudio incluía llevar a cabo una encuesta de seroprevalencia para conocer cuál era la situación inmunitaria frente a la poliomielitis de los distintos grupos de edad de la población española. Se pretendía establecer una relación entre la inmunidad natural existente y los datos de morbilidad y mortalidad de la enfermedad. A partir de la información obtenida se pretendía diseñar un programa de vacunación bien fundamentado científicamente. Recordemos que en esas fechas se registraron las tasas más elevadas de morbilidad (Ballester & Porras, 2009). Además, Pérez Gallardo anhelaba también desarrollar las técnicas necesarias para llegar a producir una vacuna propia contra la poliomielitis, para poder seguir los pasos de los países de su entorno y ya no depender de los escasos fabricantes de ese tipo de vacunas y de las variaciones de precios que se pudieran registrar (Pérez Gallardo, 1961).

Ahora bien, materializar este proyecto no fue nada fácil, dadas las deficiencias que tenía el Servicio de Virus de la Escuela Nacional de Sanidad. Aunque las ayudas mencionadas permitieron introducir importantes mejoras, se precisó contar también con un nuevo espacio dentro de la propia Escuela Nacional de Sanidad, que fue el Centro Nacional de Virología, que se financió con parte de los cargos presupuestarios de la campaña nacional de vacunación que se quería llevar a cabo, pero que se retrasó hasta 1963, casi dos años después de que Pérez Gallardo finalizara su estudio. Parte de estos retrasos estuvieron motivados por las insuficiencias del laboratorio, que conseguirían mitigarse en parte a partir del inicio del programa de

⁸Al Programa país E25, le siguió el E1901 (1971-1973) y el VIR001 (desde 1974), que fueron herramientas cruciales en el desarrollo de la virología y la transformación de la salud pública española (Porras-Gallo & Báguena, 2020a).

ayuda técnica E25 de la OMS, que comenzó en 1959; y a que —gracias a los informes de Frits Dekking (1959) y Tore Wessalen (1959)— la OMS financió mediante becas la estancia de dos expertos en métodos de diagnóstico de las enfermedades víricas, que estuvieron algo más de seis meses en el laboratorio de Pérez Gallardo para enseñar y poner a punto esos métodos (Porras-Gallo & Báguena, 2020b).

La investigación llevada a cabo por Pérez Gallardo y las dificultades encontradas quedaron plasmadas en la memoria o informe final de sus trabajos, que presentó a la Fundación Juan March para justificar la ayuda recibida y que el virólogo español estructuró en siete volúmenes, repletos de datos epidemiológicos, estadísticos y científico-técnicos, con sus resultados correspondientes. En ella se revela, de manera muy exhaustiva y detallada, cómo fueron desarrollando en su laboratorio los métodos para la obtención de cultivos de células Hela, de amnios y de riñón de mono, los procedimientos para el aislamiento y cultivo del poliovirus y otros enterovirus, como el virus Coxsackie y ECHO (Pérez Gallardo, 1961).

El objetivo final de Pérez Gallardo era reproducir todo el proceso de preparación de las vacunas antipoliomielíticas, tanto la inactivada de Salk, como la atenuada de Sabin, para efectuar la producción de una vacuna propia. Con ese objeto, trazó un plan detallado de ocho puntos, que consistió en lo siguiente:

- 1) Dedicar parte de las instalaciones de la Sección de Virus de la Escuela Nacional de Sanidad a los trabajos sobre *poliomieltitis*;
- 2) equipar varias dependencias para *laboratorios* específicos;
- 3) instalar varios locales separados para *animales* sanos e infectados;
- 4) utilizar parte del personal para estas tareas y contratar alguna *laborandi* para cuidar de los monos;
- 5) poner en marcha las técnicas necesarias para el *cultivo* de tejidos, para el *aislamiento* de virus y para las pruebas de *seroneutralización*, así como para preparar las vacunas;
- 6) realizar los correspondientes estudios serológicos en una *muestra poblacional*;
- 7) hacer aislamientos de virus de las *epidemias* que se produjeran durante el desarrollo de los trabajos; y,
- 8) aplicar los conocimientos para dar comienzo a los trabajos de administración de las *vacunas* en una escala de ensayos reducidos (Pérez Gallardo, 1961, v. 7).

Cumplir los ocho puntos del plan exigió prolongar la investigación más de tres años. Durante ese tiempo se aislaron 191 cepas de poliovirus procedentes de pacientes con parálisis: 163 fueron caracterizadas como tipo 1, 15 de tipo 2, y solo 13 de tipo 3; se realizaron pruebas de seroneutralización en una amplia muestra de pacientes. Se estudiaron 5.119 sujetos, y se determinó la titulación de anticuerpos en 113 sujetos vacunados con vacuna Salk y en 56 que habían pasado la enfermedad. También se analizaron las aguas residuales, identificando poliovirus y otros enterovirus en las muestras analizadas (Pérez Gallardo, 1961, v. 7).

Además de las ayudas recibidas ya mencionadas, precisó también del apoyo del Laboratorio Parke Davis de Detroit (EEUU), que le proporcionó las células

tripsinizadas de mono congeladas, que eran necesarias para la realización de las pruebas de citopatogenicidad. Pérez Gallardo cultivaba esas células con poliovirus en tubos Roux, en su laboratorio.

El científico español trabajó para preparar una vacuna inactivada tipo la de Salk, que siguiera las recomendaciones de la OMS y evitara riesgos como el incidente Cutter. Se apoyó para ello en su buen conocimiento del procedimiento de elaboración del estadounidense, que figura descrito exhaustivamente en su informe, y sobre el que opinó. Según su opinión —que era compartida por otros científicos estadounidenses, como Sabin o Enders, o europeos, como Sven Gard— Salk había procedido de manera precipitada. Coincidían en que el ensayo de Salk fue una “práctica sanitaria no muy sabia”, porque “contribuyó a provocar en el público la desconfianza en los científicos” (Pérez Gallardo, 1961, v. 7, p. 22-24). Pérez Gallardo, con vistas a la necesidad que había en España de comenzar lo antes posible una campaña masiva de inmunización tuvo puesta también su mirada en la nueva vacuna oral de Sabin y trabajó en el laboratorio para producirla experimentalmente.

Como muestra la memoria, se prepararon dos lotes de vacuna tipo Salk y tres lotes de vacuna trivalente de Sabin aunque —como desgranó Pérez Gallardo, a lo largo del informe— fueron muchas las dificultades que tuvo en el proceso, especialmente para el aprovisionamiento de material de laboratorio, que debió ser importado en su mayor parte. Reconoció también que tuvo que ser apoyado “constantemente” por la Organización Mundial de la Salud, tanto para la provisión del material, como para la de algunos productos químicos y de los propios monos. A la vista de ello, en las conclusiones de su informe, afirmó que “sin ayuda [de la OMS] no hubiera podido llevar a término los trabajos” (Pérez Gallardo, 1961, v. 7, p. 368).

No obstante, a pesar de los innumerables escollos que el grupo de investigación de Pérez Gallardo tuvo que afrontar, el científico español valoró satisfactoriamente los resultados obtenidos, especialmente en lo relativo a la producción de la vacuna tipo Salk. Ello no le impidió admitir las limitaciones debidas a la complejidad de su preparación y, sobre todo, a la carencia de los monos para las pruebas de seguridad, aunque reconoció que había mejorado la capacidad de su laboratorio y de su equipo para abordar su producción “a cierta escala”, al haber mejorado su entrenamiento en las diferentes técnicas que exigía la preparación de la vacuna (Pérez Gallardo, 1961, v. 7). Aunque no lo mencionara Pérez Gallardo, esas mejoras se debieron a la ayuda técnica del programa país E25 de la OMS, ya comentado anteriormente.

La opinión respecto de la vacuna Sabin fue algo más pesimista por las mayores dificultades que entrañaba su preparación y el control de su administración. De hecho, la dificultad y el alto coste de las pruebas de seroneutralización le llevaron a concluir que la producción de la vacuna Sabin requeriría de un dispositivo bastante complejo para poder caracterizar etiológicamente los casos paráliticos que pudieran producirse durante la futura campaña de vacunación (Pérez Gallardo, 1961, v. 7). Aunque un sector de la medicina más afín al partido falangista deseaba que la campaña nacional de vacunación se efectuara con vacuna Salk foránea, Pérez Gallardo era partidario de que fuera con la Sabin. De ahí su interés y sus preocupaciones por este otro tipo de vacuna.

De modo claro, en su memoria, escribió detalladamente la enorme complejidad de las instalaciones necesarias para la producción de la vacuna Sabin, y su preocupación por poder materializar el plan, encargado por la Dirección General de Sanidad, para producirla en su laboratorio (Pérez Gallardo, 1961, v. 7). De hecho, su contrariedad aumentó durante el proceso de producción experimental de esta vacuna, porque no pudo atenerse a las recomendaciones de la OMS, respecto a los requisitos que debían cumplir las instalaciones, al no disponer de los espacios necesarios, ni del personal suficiente para su dedicación en exclusiva al trabajo con esta vacuna, como recomendaba el organismo internacional. En cuanto a la disponibilidad de monos, reconoció que solo pudieron contar con inocular a dos monos por lote de vacuna, en lugar de los diez recomendados por la OMS (Pérez Gallardo, 1961, v. 7).

Pues bien, las contrariedades de la experiencia descrita condujeron a Pérez Gallardo a manifestar que, dadas las condiciones presentes, no era posible en ese momento producir una vacuna propia en España, en su laboratorio. Sin embargo, él siguió defendiendo que era necesario adquirir la suficiente experiencia técnica para enfrentarse a la posible necesidad de elaborar vacuna antipoliomielítica. Volvía a insistir en que así no se dependería de los escasos países que la producían entonces, ni de las circunstancias comerciales para su importación (Pérez Gallardo, 1961, v. 7). Efectivamente, esos fueron problemas que tuvieron algunos países europeos. Ahora bien, esa defensa la debemos relacionar también con su interés no solo por mejorar las condiciones de su laboratorio en esos momentos, sino también por movilizar al gobierno y a la opinión pública española para que se construyera un nuevo centro más moderno y bien equipado dedicado a la investigación virológica y la producción de vacunas, como finalmente consiguió con la construcción del Centro Nacional de Virología y Ecología Sanitaria, inaugurado en Majadahonda (Madrid) en 1968 bajo su dirección, y para el que contó con el apoyo de algunos de los consultores de la OMS que visitaron España dentro del programa E25 (Porrás-Gallo & Báguena, 2020a).

Pérez Gallardo, en las conclusiones de su memoria, insistió igualmente en la necesidad de instalar un laboratorio de aislamiento y catalogación de enterovirus, del que se carecía en el país en aquellos años, para poder realizar el seguimiento serológico adecuado de los vacunados (Pérez Gallardo, 1961, v. 7). Este era un punto muy importante porque el resultado de la primera encuesta serológica sobre la polio en España, que sí pudo llevar a cabo con las ayudas señaladas, mostró que la inmunidad de la población española frente a la poliomielitis se situaba en una posición intermedia, respecto de los países de su entorno, ubicándose entre los países con valores elevados de inmunidad a edades tempranas, como Marruecos o Japón, y otros, como EEUU o Francia, con bajos niveles de inmunidad en edades más avanzadas (Pérez Gallardo, 1961, p. 384).

Pérez Gallardo finalizó su informe indicando la conveniencia de prepararse para iniciar la vacunación a escala nacional (Pérez Gallardo, 1961, p. 389-390) y, siguiendo las recomendaciones de la OMS para países con las características de España en aquel momento (Comité de expertos en poliomielitis, 1958, 1960), recomendó utilizar la vacuna Sabin, a la vista de los datos estadísticos y serológicos, pero también por las dificultades económicas que comportaba realizar la vacunación sistemática con

vacuna Salk, dado su elevado coste. Conforme a los resultados que arrojó la encuesta serológica, Pérez Gallardo recomendó que la franja de edad a vacunar debía ser la población menor de siete años (Ballester & Porras, 2009).

Impacto de las investigaciones de Pérez Gallardo en la Primera Campaña Nacional de Vacunación y en la virología española

El trabajo de Florencio Pérez Gallardo y su grupo no permitió conseguir el objetivo de producir una vacuna propia, que sí habían conseguido otros científicos y países europeos, pero mostró su potencial en el ámbito de la virología a nivel nacional y, sobre todo, a nivel internacional, especialmente ante los consultores de la OMS que visitaban España en el marco del programa país E25. En 1959, cuando Pérez Gallardo trabajaba intensamente en la puesta en marcha de su proyecto, la situación del Laboratorio de Virus del denominado Centro Nacional de Virología de la Escuela Nacional de Sanidad, a pesar de ser prácticamente el único laboratorio en recibir apoyo de un régimen centralista, como el franquista, no era nada buena. Así lo indicaron, como hemos adelantado, los informes de dos consultores de la OMS —Frits Dekking y Tore Wessalen— que visitaron España a finales de 1959, cuando comenzaba el programa país E25. A la hora de señalar las carencias y proponer medidas de apoyo para mejorar la situación, Dekking justificaba la necesidad de mejorar el laboratorio de Pérez Gallardo, porque la campaña de vacunación contra la polio en España debía empezar muy pronto y se necesitaba un laboratorio bien equipado, tanto para estudiar la situación epidemiológica, como para controlar su eficacia (Dekking, 1959).

De hecho, algunas de esas mejoras permitieron efectuar la primera encuesta serológica sobre la poliomiélitis en España y el conocimiento generado por el proyecto de Pérez Gallardo y su equipo fue fundamental para la planificación de la primera campaña de vacunación sistemática contra esta enfermedad en el país, así como para evaluar su impacto. La campaña se inició casi dos años más tarde (1963-1964) en todo el territorio español (Ministerio de Gobernación, 1963). Tras haber efectuado una campaña piloto en las provincias de León y Lugo al inicio de 1963, se emprendió la administración de la primera dosis al resto del país a finales de ese mismo año, y, en la primavera de 1964, se administró la segunda dosis (Rodríguez-Sánchez & Seco-Calvo, 2009; Porras *et al.*, 2013). Esta primera campaña nacional estuvo dirigida a la población infantil, comprendida entre los dos meses y los siete años, que recibieron la vacuna oral tipo Sabin, como había solicitado Pérez Gallardo en su memoria. Conseguir esto último no fue nada fácil, dada la importante oposición de ciertos sectores médicos que preferían utilizar la vacuna Salk. En ello, como en otros aspectos de la planificación de la primera campaña nacional de vacunación contra la poliomiélitis en España, tuvo bastante que ver las buenas relaciones establecidas entre el científico español y Albert Sabin, como atestigua la correspondencia mantenida entre ambos entre 1962 y 1964, conservada en los archivos de Sabin de la Universidad de Cincinnati, accesibles a través de Internet.

La revisión de las cartas muestra la buena sintonía existente entre ambos científicos y cómo Pérez Gallardo buscó su apoyo y consejo para seleccionar el tipo de vacuna —monovalente (contra poliovirus tipo 1) o trivalente (contra los poliovirus 1, 2 y 3)— o la mejor pauta de vacunación, que se adaptara a los resultados aportados por el trabajo previo del español. Sin duda, la autoridad científica permitió dar solidez a las propuestas de Pérez Gallardo ante el director general de Sanidad y el gobierno español, y vencer las resistencias frente a la vacuna oral. El apoyo de Sabin se plasmó incluso mediante su visita a España en 1963, antes de iniciarse la campaña de vacunación, y la conferencia que impartió sobre su vacuna y los beneficios de su aplicación (Rodríguez-Sánchez & Seco-Calvo, 2009; Porras *et al.*, 2013).

Pérez Gallardo desempeñó también otro papel central, la negociación con Albert Sabin para conseguir la autorización del suministro de la vacuna oral necesaria para efectuar la primera inmunización masiva. Aunque el científico español había contemplado la posibilidad de producir la vacuna en el Instituto de Biología y Sueroterapia (IBYS), laboratorio privado en donde Pérez Gallardo también trabajaba, la autorización de Sabin se consiguió únicamente para que el Instituto de Biología y Sueroterapia envasara la vacuna y la distribuyera. Este acuerdo se consiguió tras diversos intercambios epistolares y entrevistas personales entre ambos científicos y el director de ese laboratorio. Además, el 20 de noviembre de 1962, Pérez Gallardo envió a Sabin sus trabajos sobre la Epidemiología y Seroprevalencia de la Poliomielitis en España (*Sabin Archives-Correspondence*, 1962a), lo que fue determinante para que Sabin autorizara su envasado y distribución por parte del Instituto de Biología y Sueroterapia (*Sabin Archives-Correspondence*, 1962b). Y el 20 de diciembre de 1962, se confirmó la aceptación de las condiciones para su comercialización en España, que incluía el compromiso de las autoridades sanitarias españolas para hacerse responsables del control de la vacuna, mediante la aplicación de los test necesarios que garantizaran su seguridad, condición imprescindible para que Sabin accediera a su autorización (*Sabin Archives-Correspondence*, 1962c). La vacuna utilizada en la primera campaña nacional de vacunación contra la poliomielitis fue la vacuna Sabin producida en el Reino Unido por la Wellcome Foundation (Wellcome Research Laboratories de Londres) e importada por el Instituto de Biología y Sueroterapia.

Conclusión

El caso que hemos presentado muestra el fracaso de la iniciativa que buscaba la producción de una vacuna propia contra la poliomielitis en España y la imposibilidad de seguir el modelo de otros investigadores europeos. Sin embargo, este ejemplo, por un lado, revela también cómo el esfuerzo realizado para conseguir ese objetivo inicial fue posible con la ayuda de colaboraciones internacionales, fraguadas algunas durante las estancias previas de investigación de Pérez Gallardo, que permitieron la circulación de conocimientos, investigadores y prácticas científico-sanitarias, y aportaron un claro beneficio al desarrollo de la virología en España. Por otro lado, este caso pone de relieve igualmente cómo la investigación llevada a cabo en condiciones

no muy favorables por el grupo de Pérez Gallardo mostró su potencialidad y logró ganar apoyos y reconocimiento nacional e internacional, que se traduciría entre otras cosas, en la consecución de un nuevo Centro de Virología, el Centro Nacional de Virología y Ecología Sanitaria (Majadahonda), del que también fue director el propio científico español.

Bibliografía

- Aitken, S.; D’Orazio, H.; Valin, S. (eds.) (2004). *Walking Fingers: The Story of Polio and Those Who Lived with It*. Montreal: Véhicule Press.
- Álvarez, A. C. (2015a). Los desafíos médicos, sociales e institucionales que dejó la poliomielitis: La rehabilitación integral en la Argentina de mediados del siglo XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 22, n. 3, p. 941-960. doi: 10.1590/S0104-59702015000300017.
- Álvarez, A. C. (2015b). An Account of a Strategy to Eradicate Poliomyelitis in Uruguay and Argentina. *Hygiea Internationalis*, v. 11, n. 1, p. 53-70. Recuperado de: <https://bit.ly/31eWZ9d>
- Axelsson, P. (2004). *The Autumn Ghost: The History of Polio Epidemics in Sweden*. Stockholm: Carlssons.
- Axelsson, P. (2009). No os comáis esas manzanas, ¡han estado en el suelo!: La epidemia de polio y las medidas preventivas en Suecia, desde la década de 1880 hasta la década de 1940. *Asclepio*, v. 61, n. 1, p. 23-38. doi: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2009.v61.i1.270>.
- Axelsson, P. (2012). The Cutter Incident and the Development of a Swedish Polio Vaccine, 1952-1957. *Dynamis*, v. 32, n. 2, p. 311-328. doi: 10.4321/S0211-95362012000200003.
- Báguena, M. J. (2004). Saberes y prácticas en torno a la polio en la medicina valenciana (1900-1950). En: Martínez Pérez, J.; Porras Gallo, M. I.; Samblás Tilve, P.; Del Cura González, M. (coords.). *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM). p. 949-962.
- Ballester, R. (2016). *España y la Organización Mundial de la Salud en el contexto de la historia de la salud pública internacional (1948-1975)*. Anales, n. 17. Valencia: Reial Acadèmia de Medicina de la Comunitat Valenciana. Recuperado de: <https://bit.ly/3pnrzVO>.
- Ballester, R.; Porras, M. I. (2009). El significado histórico de las encuestas de seroprevalencia como tecnología de laboratorio aplicada a las campañas de inmunización. El caso de la poliomielitis en España. *Asclepio*, v. 61, n. 1, p. 55-80. doi: 10.3989/asclepio.2009.v61.i1.272.
- Ballester, R.; Porras, M. I. (2012). La lucha europea contra la presencia epidémica de la poliomielitis: una reflexión histórica. *Dynamis*, v. 32, n. 2, p. 273-285. doi: 10.4321/S0211-95362012000200001.
- Barona, J. L. (2015). *The Rockefeller Foundation, Public Health and International Diplomacy, 1920-1945*. New York: Routledge.
- Barona, J. L.; Bernabeu-Mestre, J. (2008). La Fundación Rockefeller y la salud pública en España. En: *La salud y el Estado: El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. Valencia: PUV, p. 89-142.
- Batten, F. E. (1911). The Epidemiology of Poliomyelitis. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, v. 4 (Sect Epidemiol State Med), p. 198-226. Recuperado de: <https://bit.ly/3d71JQd>.
- Beldarrain-Chaple, E. (2015). Una batalla ganada: La eliminación de la poliomielitis en Cuba. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 22, n. 3, p. 961-983. doi: 10.1590/S0104-59702015000300018.
- Bosch-Marín, J.; Bravo, E. (1959). Seance inaugural. En: Asociación Europea de Poliomielitis (AEP).

- V Simposium Europeo de la Asociación Europea de Poliomiéлитis. Madrid, 1958.* Bruxelles: AEP. p. 5-12.
- Caballero Martínez, M. V. (2017). *La poliomiéлитis en España y Europa desde los inicios de la vacunación hasta su erradicación en la región europea (1955-2002)*. Tesis doctoral. Ciudad Real: Facultad de Medicina de Ciudad Real. Universidad de Castilla-La Mancha.
- Comité de Expertos en Poliomiéлитis. (1958). Comité de Expertos en Poliomiéлитis [se reunió en Ginebra del 15 al 20 de julio de 1957]: *Segundo informe*. Serie de Informes Técnicos, n. 145. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37407>.
- Comité de Expertos en Poliomiéлитis (1960). Comité de Expertos en Poliomiéлитis [se reunió en Washington del 13 al 16 de junio de 1960]: *Tercer informe*. Serie de Informes Técnicos, n. 203. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37636>.
- Cueto, M.; Brown, T. M.; Fee, E. (2019). *The World Health Organization: A History*. Cambridge: Cambridge University Press.
- De Haas, R. (1959). Programme de vaccination au Pays-Bas. En: Asociación Europea de Poliomiéлитis (AEP). *V Simposium Europeo de la Asociación Europea de Poliomiéлитis. Madrid, 1958*. Bruxelles: AEP, p. 39.
- Dekking, F. (1959). *Rapport sur une mission en Espagne (14 Octobre-15 Novembre 1959) par le Docteur. EUR-Espagne-25. AT-292.54*, Geneva: WHO Archive.
- Expert Committee on Poliomyelitis. (1954). *First Report*. WHO Technical Reports Series, n. 81, p. 3. Recuperado de: <https://bit.ly/3ljLmwU>.
- Fantini, B. (2012). Polio in Italy. *Dynamis*, v. 32, n. 2, p. 329-359. doi: 10.4321/S0211-95362012000200004.
- Freyche, M. J.; Nielsen, J. (1956). Incidencia de la poliomiéлитis desde 1920. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 40, n. 1, p. 15-52.
- Freyche, M. J.; Payne, A.; Lederrey, C. (1955). Poliomyelitis in 1953. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 12, n. 4, p. 595-649.
- Gard, S. (1955). Poliomyelitis. En: *Papers and discussions presented at the Third International Poliomyelitis Conference*. Philadelphia: JB. Lippincott. p. 202-205.
- Gard, S. (1956). Poliomyelitis vaccine studies in Sweden. En: Asociación Europea de Poliomiéлитis (AEP). *III Simposium Association Européenne contre la Poliomyéлитe. Zurich, 29-30 septembre 1955*. Bruxelles: AEP. p. 24-29.
- Gould, T. (1997). *A Summer Plague: Polio and its Survivors*. New Haven-London: Yale University Press.
- Guerra-Santos, I. (2010). A poliomiéлитe em Portugal: o Refugio da Paralisia Infantil. En: Raimundo de Nascimento, D. R. (org.). *A história da poliomiéлитe*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 177-194.
- Guerra-Santos, I.; Rodríguez Sánchez, J. A.; Pinto, S. M.; Pita, J. R.; Pereira, A. L. (2016). Información, educación y responsabilidad: estrategias de vacunación contra la polio en Portugal y España. En: Porras Gallo, M. I.; Báguena Cervellera, M. J.; Ayarzagüena Sanz, M.; Martín Espinosa, N. M. (coords.). *La erradicación y el control de las enfermedades infecciosas*. Madrid: Libros de la Catarata. p. 187-207.
- Lacambre, O.; Daire, C. (1959). Conditions de l'organisation et résultats de la campagne de vaccination antipoliomyéлитique en France. En: Asociación Europea de Poliomiéлитis (AEP). *V Simposio Europeo de la Asociación Europea contra la Poliomiéлитis. Madrid 1958*. Bruxelles: AEP. p. 25-28.
- Laguna, C. (1958). La vacunación contra la poliomiéлитis en España. En: *Aportación española al V Simposium europeo sobre poliomiéлитis. Madrid, 28-30 de septiembre de 1958*. Madrid: Publicaciones "Al servicio del niño español". Ministerio de la Gobernación, p. 87-92.
- Lépine P. (1963). *Vacunaciones y vacunas contra la poliomiéлитis. Indicaciones y resultados de las vacunas "muertas" y vacunas "vivas"*. Conferencia pronunciada en España los días 14 y 15 de marzo de 1963 en

- la Real Academia Nacional de Medicina y Sociedad Catalana de Pediatría. Madrid: Departamento de Publicaciones Científicas JORBA - Laboratorios Jorba e Instituto Pasteur Paris.
- Lépine, P.; Sautter, V. (1962). Sur l'absence dans le vaccin français de l'agent vacuolant (SV40 virus). Communication. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, v. 146, p. 112-115.
- Lindner, U.; Blume, S. (2006). Vaccine Innovation and Adoption: Polio Vaccines in the UK, the Netherlands and West Germany, 1955-1965. *Medical History*, v. 50, n. 4, p. 425-446.
- Offit, P. A. (2005). *The Cutter Incident. How America's First Polio Vaccine led to the Growing Vaccine Crisis*. New Haven-London: Yale University Press.
- Ministerio de Gobernación (1963). Orden del 26 de enero de 1963 por la que se dictan normas en cuanto a las obligaciones y facultades de la Dirección General de Sanidad en materia de Medicina Preventiva (vacunación antipoliomielítica). Boletín Oficial del Estado (BOE), 30 de enero de 1963, n. 26, p. 1649-1650. Madrid: Agencia Estatal BOE. Recuperado de: <https://bit.ly/3olACap>.
- Orskov, J. (1956). A Short Report on Polio Vaccination in Denmark. En: Asociación Europea de Poliomieltitis (AEP). *III Symposium Association Européenne contre la Poliomyélite. Zurich, 29-30 septembre 1955*. Bruxelles: AEP. p. 30-33.
- Oshinsky, D. M. (2005). *Polio. An American Story*. Oxford: Oxford University Press.
- Paul, J. R. (1971). *A History of Poliomyelitis*. Yale Studies in the History of Science and Medicine, n. 6. New Haven: Yale University Press.
- Pavlanis, V.; Lépine, P. (1952). Recherche des anticorps sériques de type Lansing a la phase aiguë et a la phase chronique de la poliomyélite. *Annales de l'Institut Pasteur: Journal de Microbiologie*, v. 82, n. 1, p. 145-148.
- Pérez Gallardo, F. (1961). *Estudios sobre la epidemiología y la profilaxis de la poliomieltitis en España. Informe Final de la Ayuda de Investigación: Grupo de Ciencias Médicas. Año 1958*. Madrid: Fundación Juan March. 7 volúmenes.
- Pérez Gallardo, F.; Nájera Morrondo, E.; Ruiz Falcó, F. (1963). Epidemiología de la poliomieltitis en España. Estudio de la morbilidad durante los años 1931-1935 y 1940-1962. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, v. 37, p. 454-471.
- Porras Gallo, M. I.; Ayarzagüena Sanz, M. (2013). La poliomieltitis, un grave problema mundial. En: Porras Gallo, M. I.; Ayarzagüena Sanz, M.; De las Heras Salord, J.; Báguena Cervellera, M. J.; Ballester, R.; Guerra Santos, I.; Rodríguez Sánchez, J. A.; Toledo Marhuenda, J. V. (coords.). *El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista*. Madrid: Libros de la Catarata. p. 19-31.
- Porras Gallo, M. I.; Ayarzagüena Sanz, M.; De las Heras Salord, J.; Báguena Cervellera, M. J.; Ballester, R.; Guerra Santos, I.; Rodríguez Sánchez, J. A.; Toledo Marhuenda, J. V. (coords.) (2013). *El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista*. Madrid: Libros de la Catarata.
- Porras Gallo, M. I.; Báguena, M. J. (2020a). El papel desempeñado por los programas país de la Organización Mundial de la Salud en el desarrollo de la virología en España, 1951-1975. *Historia, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 27, n. supl. 1. doi: 10.1590/S0104-59702020000300010.
- Porras Gallo, M. I.; Báguena, M. J. (2020b). El papel desempeñado por los médicos, el gobierno y la OMS en la implementación de las encuestas serológicas sobre polio, sarampión y rubeola en España (1958-1978). *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, v. 72, n. 1, p. 295. doi: 10.3989/asclepio.2020.04.
- Porras Gallo, M. I.; Báguena Cervellera, M. J.; Ayarzagüena Sanz, M.; Martín Espinosa, N. M. (coords.). (2016). *La erradicación y el control de las enfermedades infecciosas*. Madrid: Libros de la Catarata.

- Porras Gallo, M. I.; Báguena, M. J.; Ballester, R. (2010). Spain and the International Scientific Conferences on Polio, 1940s-1960s. *Dynamis*, v. 30, p. 91-118.
- Porras Gallo, M. I.; Báguena, M. J.; Ballester, R.; De las Heras, J. (2012). La Asociación Europea contra la Poliomielitis y los programas europeos de vacunación. *Dynamis*, v. 32, n. 2, p. 287-310. doi: 10.4321/S0211-95362012000200002.
- Recht, P. (1959). Vaccination antipoliomyélique en Belgique. En: Asociación Europea de Poliomielitis (AEP). *V Symposium Europeo de la Asociación Europea contra la Poliomielitis. Madrid 1958*. Bruxelles: AEP. p. 18-19.
- Rodríguez-Ocaña, E. (2014). Por razón de ciencia. La Fundación Rockefeller en España, 1930-1941. En: Campos-Marín, R.; González de Pablo, A.; Porras Gallo, M. I.; Montiel, L.(eds.). *Medicina y poder político. XVI Congreso Sociedad Española de Historia de la Medicina*. Madrid: SEHM y Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, p. 473-477.
- Rodríguez-Ocaña, E. (2019). España y la Organización mundial de la salud en tiempos de Palanca: Una evaluación provisional. *Asclepio*, v. 71, n. 1, p. 254. doi: 10.3989/asclepio.2019.06.
- Rodríguez-Sánchez, J. A. (2015). Poliomyelitis after Poliomyelitis: Lights and Shadows of the Eradication an Introduction. *Hygiea Internationalis*, v. 11, n. 1, p. 7-31.
- Rodríguez-Sánchez, J. A.; Guerra-Santos, I. (2015). Una enfermedad lejana: La información sobre poliomielitis y síndrome pospolio en la prensa hispanolusa, 1995-2009. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 22, n. 3, p. 985-1005. doi: 10.1590/S0104-59702015000300019.
- Rodríguez-Sánchez, J. A.; Guerra-Santos, I. (2019). Cuerpos deslegitimados, síndromes ignorados: De la poliomielitis al síndrome pospolio en España. *Clio & Crimen: Revista del Centro de Historia del Crimen de Durango*, v. 16, p. 393-412.
- Rodríguez-Sánchez, J. A.; Seco-Calvo, J. (2009). Las campañas de vacunación contra la poliomielitis en España en 1963. *Asclepio*, v. 61, n. 1, p. 81-116. doi: 10.3989/asclepio.2009.v61.i1.273.
- Rogers, N. (1992). *Dirt and Disease: Polio Before FDR*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Rogers, N. (2013). *Polio Wars: Sister Kenny and the Golden Age of American Medicine*. Oxford: Oxford University Press. doi: 10.1093/acprof:oso/9780195380590.001.0001.
- Sabin Archives-Correspondence. (1962a). Hauck Center for the Albert B. Sabin Archives. Spain-1962-67-Correspondence, OPV International-letter, 1962-11-21. Letter from Gallardo, F. Perez to Sabin, Albert B. dated 1962-11-20. Ohio: University of Cincinnati. Recuperado de: <https://bit.ly/3E14Obf>.
- Sabin Archives-Correspondence. (1962b). Hauck Center for the Albert B. Sabin Archives. Spain-1962-67-Correspondence, OPV International-letter, 1962-08-03. Letter from Urgoiti, Gonzalo to Sabin, Albert B. dated 1962-08-03. Ohio: University of Cincinnati. Recuperado de: <https://bit.ly/3DnLCsc>.
- Sabin Archives-Correspondence. (1962c). Hauck Center for the Albert B. Sabin Archives. Spain-1962-67-Correspondence, OPV International-letter, 1962-12-20. Letter from Sabin, Albert B. to Urgoiti, Gonzalo dated 1962-12-20. Ohio: University of Cincinnati. Recuperado de: <https://bit.ly/3dq9z7m>.
- Seytre, B.; Shaffer, M. (2005). *The Death of a Disease: A History of the Eradication of Poliomyelitis*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Smallman-Raynor, M. R.; Cliff, A. D. (2006). *Poliomyelitis. A World Geography: Emergence to Eradication*. Oxford: Oxford Geographical & Environmental Studies Series, Oxford University Press.
- Testa, D. E. (2018a). *Del alcanfor a la vacuna Sabin. La polio en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos.

- Testa, D. E. (2018b). La poliomiélitis y el surgimiento de la rehabilitación en Argentina: Un análisis sociohistórico. *Apuntes*, v. 45, n. 83, p. 123-143. doi: 10.21678/apuntes.83.919.
- Toledo, J. V. (2013). *La poliomiélitis en España (1880-1970) y su impacto sobre el desarrollo de las técnicas en fisioterapia: Un acercamiento a la historia de las discapacidades físicas y a su tratamiento*. Alicante: Universidad Miguel Hernández.
- Vargha, D. (2014). Between East and West: Polio Vaccination across the Iron Curtain in Cold War Hungary. *Bulletin of the History of Medicine*, v. 88, n. 2, p. 319-343.
- Vargha, D. (2017). Vaccination and the Communist State: Polio in Eastern Europe. En: Holmberg, C; Blume, S.; Greenough, P. (eds.). *The Politics of Vaccination. A Global History*. Manchester: Manchester University Press. p. 77-98. doi: 10.7228/manchester/9781526110886.003.0004.
- Vargha, D. (2018a). *Polio across the Iron Curtain: Hungary's Cold War with an Epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/9781108355421.
- Vargha, D. (2018b). Socialist Utopia in Practice: Everyday Life and Medical Authority in a Hungarian Polio Hospital. *Social History of Medicine*, v. 31, n. 2, p. 373-391. doi: 10.1093/shm/hkx064.
- Vargha, D. (2018c). The Socialist World in Global Polio Eradication. *Revue d'Études Comparatives Est-Ouest*, v. 1, n. 1, p. 71-94.
- Wessalen, T. (1959). *Rapport sur une mission en Espagne (7-22 Décembre 1959)* par le Dr. EUR-Espagne-25. AT-292.54. Geneva: WHO Archive.



Foto: Lewis Wickes Hine (1874-1940).
Joven de 15 años en máquina de estampado. (Fragmento). 30 enero 1917.
National Child Labor Committee collection, Library of Congress, Prints and
Photographs Division.

Evolución y rol de las vacunas en la última gran pandemia de influenza del siglo XX: Su impacto en la República Argentina

*Adriana Álvarez*¹

Introducción

Como parte de la historia *plagática*, (cruzada por pandemias y epidemias) que involucra el abordaje de las cuarentenas, la circulación del pensamiento científico, la emergencia y rol de las organizaciones internacionales, la configuración de tramas sanitarias, etcétera, también se encuentran ellas: *las vacunas*. Aunque menos visitadas en nuestro quehacer historiográfico local, las vacunas asumen un nuevo protagonismo a partir de un presente cruzado por la COVID-19, en el que nuestra agenda de investigación se ha visto trastocada. Un claro ejemplo fue el IX Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad en Argentina y América Latina, donde por primera vez (desde sus inicios allá por el año 2005), se presentó un segmento específico destinado a su análisis, que se suma a otras iniciativas como el próximo dossier de la revista *Astrolabio* y, en el caso de escenarios historiográficos vecinos, el “Seminario Internacional: Sociedad, Política y Ciencia. El centenario de la vacuna BCG”. Estas iniciativas indican —tal cual ha señalado Diego Armus— que el descubrimiento de las vacunas y su transformación en recurso de la salud pública es un gran desafío por entender, pendiente de ser abordado, con la batería de renovados interrogantes que la pandemia de COVID-19 ha legado en torno a la producción y distribución de las vacunas (Armus, 2021).

En función de ello, el objetivo de este trabajo es abordar la problemática de las vacunas y la vacunación, en la República Argentina, durante la pandemia conocida como gripe de Hong Kong, o gripe de Mao, que se presentó en varias oleadas entre 1968 a 1971, y que cobró una cantidad estimada de víctimas que superaron el millón de personas.

Una de las cuestiones que transforma a la llamada “gripe de Mao” en una problemática interesante en términos contemporáneos es que tuvo una tasa de mortalidad

¹Doctora en Historia. Investigadora, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Profesora, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

específica² de 0,42, más alta que la ostentada por la actual COVID-19 (hasta el mes de mayo del 2021) de 0,38.

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como el mundo científico de la época, definieron por entonces a esa pandemia como benigna; razón por la cual las medidas o recomendaciones se centraron en apelar a la responsabilidad individual en torno a los cuidados, desaconsejándose —por ejemplo— los confinamientos o los cierres de fronteras (Álvarez 2020b).

Por lo tanto, el objetivo en este ensayo es abordar la problemática de las vacunas durante la pandemia iniciada en 1968, y para esto parto de la hipótesis de que la inmunización contribuyó a construir una percepción de apacible pandemia, en un contexto de baja demanda social por vacunas y de una campaña de vacunación fragmentada y parcial que no fue criticada por las voces médico-científicas ni por las voces políticas de la época.

Gripe de Mao

Como versa el artículo periodístico español (Figura 1), a esta pandemia se la conoció como “gripe de Mao” o como “gripe de Hong Kong”. El desconocido virus se presentó en China, en la populosa ciudad de Hong Kong, y en poco tiempo reportó 500.000 casos, de ahí que se la dio a conocer con el nombre de esa ciudad. En escasos días, la prensa internacional anunciaba:

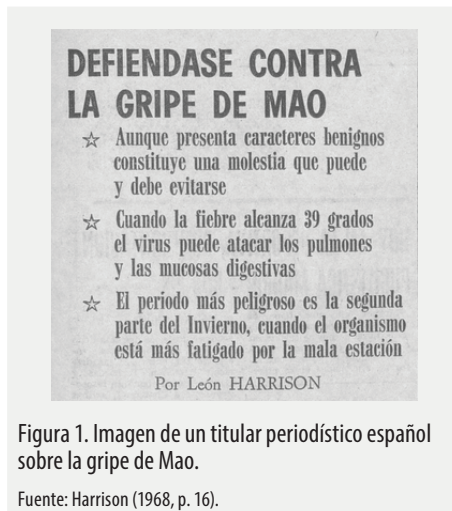


Figura 1. Imagen de un titular periodístico español sobre la gripe de Mao.

Fuente: Harrison (1968, p. 16).

²Para elaborar la tasa (aproximada) de mortalidad específica de la pandemia de 1968 se consideró que por entonces la población mundial se estimaba en 3.500 millones de habitantes y, si bien no hay acuerdo sobre la cantidad de muertes, se estima que habrían fallecido 1 millón 500 mil habitantes.

Es posible que en las próximas semanas o meses aparezcan algunos brotes de gripe [...], se extiende través del Océano Índico hacia Europa. Todo parece indicar que será de gran benignidad [...] no parece que sea necesario la vacunación [...] Se recomienda no alarmarse ni automedicarse. (Agencia Logos, 1968, p. 9)

La gripe (H3N2) surgió en 1968, fue causada por un subtipo desconocido hasta entonces puesto que desde 1957 hasta 1968 circularon virus A (H2N2) pero, tanto la pandemia de 1957 como la de 1968 indican que fueron producidas por una recombinación de virus humano y aviar. El virus de 1957 (H2N2) obtuvo tres de sus genes de un virus aviar y los cinco restantes de la cepa H1N1 circulante. El virus de 1968 (H3N2) también tomó tres genes de una cepa aviar y los cinco restantes de la cepa humana H2N2 responsable de la pandemia anterior. Ambas epidemias comenzaron con una “explosión” de casos humanos. En ambas ocasiones, los expertos han asumido que la recombinación se produjo en el cerdo, que tiene tanto receptores humanos como receptores aviáres en sus células del tracto respiratorio (Barricarte, 2006).

Bajo el título “Estragos de la gripe” el *Diario de Burgos* comunicaba que ese virus atacaba a 37 estados en EEUU y era “Nueva York uno de los más afectados” (*Diario de Burgos*, 1968, p. 7). La gripe llegó a ese país junto con los soldados que regresaban de Vietnam y, a diferencia de la anterior pandemia de 1957, esta se dio en oleadas que duraron cuatro años entre 1968 y 1971. El grupo más vulnerable fueron los adultos mayores, aunque no siguió patrones de desarrollo comunes en todos los países (Simonsen *et al.*, 1998).

En América del Norte, la mayoría de las muertes relacionadas con la influenza entre 1968 y 1970 ocurrieron durante la primera temporada de pandemias (EEUU, 70%; Canadá, 54%). Por el contrario, en Europa y Asia, el patrón se invirtió: el 70% de las muertes ocurrieron durante la segunda temporada (Viboud *et al.*, 2005).

Esta nueva cepa del virus de influenza (A2/Hong Kong/68) fue notificada a mediados de julio por las autoridades de salud de Hong Kong, y enviada inmediatamente al Centro Mundial de la Gripe de la OMS, en Londres, donde se observaron las diferencias con respecto a otras anteriores de virus A2. Una vez caracterizada como nueva, la OMS puso en práctica el plan de urgencia. Se informó inmediatamente a cada uno de los 80 centros nacionales de influenza de los 55 países que cooperaban con la OMS sobre la aparición de la nueva cepa y de su disponibilidad para las Américas, para ser distribuida entre esos centros y los productores de vacuna, como también en laboratorios interesados en trabajar con esta cepa (OPS, 1969a).

La epidemia de influenza de tipo A2/Hong Kong disminuyó a fines de la primavera de 1969 en la mayor parte de las regiones del mundo, aunque hubo tres oleadas más, a las que se caracterizó como poco virulentas (Rodríguez & Martín-Oval, 2014).

En la parte sur del continente americano se siguieron registrando casos en los meses de mayo-junio de 1969. Argentina, Brasil, Venezuela, fueron parte de los países afectados (OPS, 1970a).

En Argentina, el Centro Nacional de Influenza de Córdoba informó que la epidemia que empezó en mayo en Mendoza y San Juan se había ido extendiendo del oeste al norte y al este. En la ciudad de Córdoba y en Río Cuarto, se observó en la primera semana de junio un aumento de la incidencia de enfermedades de las vías respiratorias parecidas a la influenza. A fines de julio la incidencia comenzó a disminuir en casi todas las áreas afectadas. Se aislaron cepas de virus de influenza A2 en pacientes de Mendoza, San Juan, San Luis y, obviamente, Córdoba (OPS, 1969a). En el país se registraron tres brotes de la enfermedad en mayo y junio de 1969. El primero ocurrió en Comodoro Rivadavia (Patagonia) y el segundo en los suburbios de Buenos Aires. Según los informes oficiales: “En ambos brotes, la enfermedad se presentó en forma benigna y se aislaron varias cepas de influenza A2/Hong Kong/68. En el tercer brote, notificado en Córdoba y otras ciudades de esa provincia, se obtuvieron 22 cepas de ese virus” (OPS, 1970a, p. 40).

En la Argentina, la tasa de ataque³ para la primera oleada de 1969 fue estimada en 25%, mientras que la segunda oleada en 1970 arrojó una tasa de ataque del 30%. Por otro lado, y asociado a que entre el 25 y el 30% de población se infectó, las neumonías fueron una de las principales causas de muerte alcanzando del 10 al 15% de la mortalidad total (Ministerio de Salud de la Nación, 2009).

No se aplicaron cuarentenas, ni otro tipo de medidas, solo se apelaba a la responsabilidad personal pidiendo que se tomaran medidas higiénicas, evitar enfriamiento y aglomeraciones (Archivo General de la Nación, 1968). Sin embargo, solo con mencionar que espectáculos de alta masividad —como el fútbol— no fueron suspendidos alcanza para mostrar la reacción de la gente al pedido oficial. Abundan las imágenes de época donde se pueden ver que las calles estuvieron colmadas de personas en diversas oportunidades, ya sea por movilizaciones políticas como por festejos multitudinarios, como fue la obtención del campeonato mundial de fútbol por el Club Estudiantes de La Plata, y podrían seguir los ejemplos. También es real que la situación sanitaria internacional no era objeto de atención por parte de la prensa nacional, con lo cual la vivencia de la epidemia se reducía al escenario doméstico donde acontecía a nivel individual, pero no se experimentó como una crisis sanitaria colectiva.

Lo expresado estaba lejos de ser una particularidad argentina, a modo de ejemplo, la gripe de Hong Kong llegó a Brasil en enero de 1969, fue aislada por investigadores del Instituto Adolfo Lutz de São Paulo (Agencia EFE, 1969) y se la describió solo con “temblores de resfriado, fiebre y falta de apetito”, según informaba el diario brasileño *Folha de São Paulo* el 4 de enero (*Folha de São Paulo*, 1969, p. 1). Asimismo, se sostenía que “la población no debe intranquilizarse [...] pues ha quedado constatado que su presencia en Brasil tendría un carácter benigno...” (Agencia EFE, 1969, p. 1).

Concretamente el desarrollo y despliegue de la enfermedad fue ondulante, e incluso en algunos de los países tropicales que no fueron afectados durante la primera ola en julio, agosto y septiembre de 1968 fueron atacados más tarde (OPS,

³La tasa de ataque es la tasa de incidencia que se registró durante el curso del brote de gripe en 1969-1970. Es decir, es el número de casos en relación con la población.

1971), esto generó inquietud y se convocó a una Conferencia Internacional que estuvo abocada exclusivamente a la gripe de Hong Kong (OMS, 1969).

La Conferencia se centró en la mutación del virus y en las vacunas. En relación con el desarrollo de las vacunas de influenza, había comenzado entre las décadas de 1930 y 1940, cuando logró aislarse el virus en el ser humano, y se comprobó que el agente causal era un virus y no una bacteria (Kaplan & Webster, 1987). La evolución de las vacunas se aceleró a partir de ese hecho en el año 1933⁴, lo que dio lugar a la primera vacuna monovalente, pues solo incluía un virus de la influenza —el A— y de forma “inactivada”.

En la década de 1940, el doctor Thomas Francis, Jr. logró aislar el virus de la influenza B con la colaboración de Jonas Salk, creador de la primera vacuna contra la temida poliomielitis. Desde la Universidad de Michigan (EEUU) desarrollaron una vacuna inactivada contra la influenza, de tipo bivalente. Para esa vacuna se utilizaban huevos de gallina fertilizados, técnica que se difundió y está aún vigente. La vacuna, desarrollada en 1942, estaba formada por una cepa A H1N1 más una cepa B y fue autorizada para ser utilizada en la población en general, en el año 1945.

Poco tiempo después, frente al descubrimiento de que los virus de la influenza sufrían mutaciones periódicamente y que en cada epidemia se podían dar brotes sucesivos, y que incluso el tipo A había demostrado tener gran capacidad para combinarse con otras cepas, es entonces, que se generó la necesidad de montar una red mundial de vigilancia que año tras año detectara estos cambios (Alonso Reynoso, 2010).

Por esto, en 1948, se creó primero el Centro de Influenza de la OMS en el Instituto Nacional de Investigación Médica de Londres, donde una de las tareas principales era el monitoreo de las cepas del virus circulante año a año; y luego, en 1952, se fundó la Red Mundial de Vigilancia de la Gripe. Se trataba de una vigilancia epidemiológica que hacía posible la producción de vacunas cada año frente a las cepas circulantes que habían sufrido cambios en sus determinantes antigénicos (Mota Rojas, 2014). Esa red funcionaba como un mecanismo mundial de cuidado, preparación y respuesta a la gripe estacional y pandémica. Al momento de la pandemia de Hong Kong incluía más de 110 centros nacionales de lucha antigripal ubicados en 87 zonas y países distintos de todo el mundo (Álvarez, 2020a).

Sin embargo, la confianza en la vacuna para el control de la “gripe” no era absoluta, se debilitaba al comprobar que se podían producir cambios en la composición antigénica de los virus de influenza en circulación. Por ejemplo, la vacuna generada para el H2N2 (gripe asiática de 1958) fue ineficaz contra el nuevo virus H3N2 de 1968.

¿Qué vacunas y modo de aplicación estuvieron en debate a partir de 1968? Tal como venimos analizando, la nueva cepa de virus de 1968 había desplazado a la de 1957 además, y debido a ello, las reservas de vacuna existentes contra el virus A2 Singapur ofrecían muy poca protección contra las cepas de Hong Kong. Por esta razón,

⁴Las vacunas inactivadas utilizan el microorganismo muerto y requiere un proceso para matarlo. Mientras que, las vacunas atenuadas utilizan el microorganismo vivo y requieren un proceso para controlar su patogenicidad. Y las vacunas toxoides atenuadas utilizan preparados con sustancias que producen las bacterias en su proceso de multiplicación.

se debió iniciar la producción de vacunas a gran escala. Ahora bien, esta producción de vacunas demandó cierto tiempo, y a fines de noviembre solo se disponía de una pequeña cantidad. “Ante la escasez de vacuna, su empleo se limitó a las personas que corrían el riesgo de fallecer por causa de esta enfermedad, es decir, los ancianos, los individuos debilitados y los afectados por enfermedades cardiovasculares, pulmonares o metabólicas crónicas” (OPS, 1969a, p. 38). La OMS proporcionó reactivos víricos para el diagnóstico precoz de la influenza y cepas de virus A2/Hong Kong/68 para la preparación de vacunas (OPS, 1969a), pero lo cierto es que las olas sucesivas —de 1969, 1970 y 1971— solo pueden explicarse por la escasa cobertura a nivel poblacional que hubo de la inmunización. Es decir, para las primeras dos olas hubo una provisión limitada de vacunas.

Con relación al desarrollo técnico, para 1968, según los Anales de la Conferencia Internacional para la Gripe de Hong Kong habían dos tipos de vacunas —una monovalente (A2/Hong Kong 68) que contenía exclusivamente la cepa detectada y una bivalente que incluía A2 y B (o sea, incluía la variante B) (OMS, 1969)—, las cuales se podían suministrar bajo dos vías: de aerosoles o de inyección; en cuanto al número de dosis era variado, podían ser una o dos dosis dependiendo del tipo de vacuna.

Según los resultados expuestos en la Conferencia Internacional se observaba que “parece que a pesar de las importantes mejoras realizadas en las técnicas producción, la protección conferida es del orden del 60%, es decir, el mismo nivel que el registrado con vacunas preparadas contra cepas más antiguas del virus A” (OMS, 1969, p. 707) (Tabla 1).

Tabla 1. Tasas de protección observadas en los distintos grupos de vacunas.

Vacunas	Dosis	Tasa de protección (%)
Vacuna A2 / Aerosoles	1 dosis	29
	2 dosis	65
Vacuna A2 / Inyección de Hong Kong	1 dosis	83
	2 dosis	97
Vacuna bivalente/ Aerosoles	1 dosis	19
	2 dosis	53
Vacuna bivalente / Inyección de Hong Kong	1 dosis	40
	2 dosis	52

Fuente: OMS (1969, p. 727).

También, los debates se centraron en los beneficios que se observaban en la administración de vacunas antigripales tanto vía intradérmica como subcutánea, puesto que los resultados eran valorados como “contradictorios”. La administración de la vacuna por aerosoles confirmó una baja tasa de protección a nivel general, aunque el poder inmunizante A2/Hong Kong/68 era muy superior al de la vacuna bivalente, especialmente cuando la vacunación se había realizado por vía subcutánea.

Este debate se insertaba en un problema de mayor alcance que tenía que ver con la eficacia de la vacunación contra la influenza. Desde la OMS se sostenía que esa eficacia se veía alterada, básicamente por los cambios que de un año a otro se podían registrar en la naturaleza de las cepas gripales, circunstancia que dificultaba poder estandarizar la actividad de la vacuna (OPS, 1969c). Con lo cual, y debido a todos estos parámetros, la efectividad de la vacuna contra la influenza poseía cierta relatividad.

Por ello, se recomendaba inocular solo a personas que padecieran enfermedades cardiovasculares o pulmonares crónicas, trastornos endócrinos o metabólicos o cualquier afección debilitante. También a personas de 65 años o más. Pero muy lejos estaba de ser recomendada como obligatoria, como era el caso de otras vacunas de la época, por ejemplo, la antipoliomielítica. Por ello se sostenía que, "...la eficacia generalmente moderada de la vacuna debe medirse en función del esfuerzo y costo de la inmunización, las reacciones adversas que produce y el grado de mortalidad excesiva por la influenza que puede preverse en el grupo en cuestión..." (OPS, 1969c, p. 40).

Asimismo, la gripe pandémica de 1968 es una especie de bisagra en materia de vacunas pues es el último eslabón de la etapa constituida por las vacunas tradicionales (Figura 2). Por entonces, se realizaron una serie de cambios que tuvieron como meta mejorar la capacidad protectora de las vacunas antigripales de virus muertos mediante la purificación del virus entero, el empleo de fracciones concentradas del virus y la utilización de coadyuvantes más eficaces.

Pasada la pandemia, en 1970 se realizó un estudio entre reclutas de los ejércitos de Argentina, Brasil y Colombia, destinados a detectar anticuerpos de influenza A.

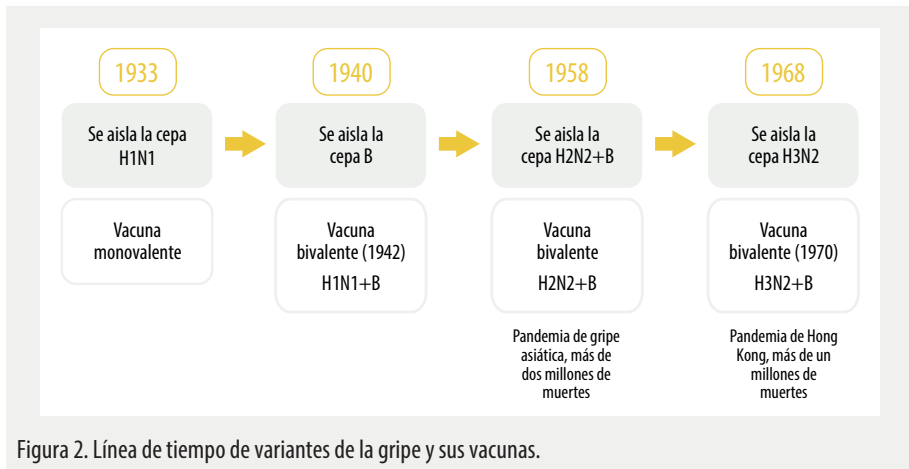


Figura 2. Línea de tiempo de variantes de la gripe y sus vacunas.

Un análisis de los resultados en función de la distribución de los grupos sanguíneos reveló en los tres países una proporción más elevada de portadores de anticuerpos de las cepas entre los reclutas pertenecientes a los grupos O y B que entre los reclutas del grupo A (Cuadrado & Davenport, 1970). Estas observaciones corroboran la hipótesis de que los factores genéticos vinculados a los grupos sanguíneos influirían en la receptividad a la infección de influenza y en la capacidad para producir anticuerpos contra ella, que fue un debate reeditado en la actual pandemia de COVID-19.

El caso argentino

La Argentina, por entonces, vivía bajo el marco de la llamada “Revolución argentina”, que un 28 de junio de 1966 había derrocado al gobierno democrático de Arturo Illia, con la particularidad que “el golpe se efectuó sin violencia, con tremenda facilidad, y no provocó reacción popular” (Rouquié, 1982, p. 253).

En materia sanitaria, Veronelli y Veronelli Correch sostienen:

...La “Revolución argentina” destruyó la centralización institucional de Carrillo (con todos sus errores), sin siquiera pensar en corregirla, [...] sancionó el seguro social obligatorio, en su variante “profesional”, dividiéndolo en múltiples y disímiles organizaciones que cristalizaban privilegios adquiridos y creaban nuevos: la Argentina incorporaba el instrumento utilizado por muchos países avanzados con tradición liberal para configurar el Estado de Bienestar, pero lo hacía sobre el modelo corporativo que preferían algunos grupos castrenses y algunos políticos de extracción católica. El experimento argentino fue todavía más allá. Concedió la administración de los cuantiosos recursos derivados de la contribución obligatoria de patronos y empleados a las dirigencias de los sindicatos, muchas de ellas ya entonces sospechadas de corrupción... (Veronelli & Veronelli Correch, 2004, p. 625)

Según Romacciotti (2014), las políticas sanitarias en la década de 1960 estuvieron signadas por el horizonte planificador y la estadística cobró un protagonismo marcado como mecanismo de legitimación. A escala local, se pusieron en juego saberes ligados a la prevención y a la educación sanitaria en diversas experiencias de desarrollo comunitario.

En ese marco, se creó el Ministerio de Bienestar Social durante el gobierno dictatorial de Juan Carlos Onganía (1966-1970). Bajo el amplio concepto de “bienestar social” fueron englobadas diferentes áreas de la política pública (seguridad social, vivienda, salud pública, y promoción y asistencia de la comunidad) que comenzaron a orientar su intervención en función de los conceptos de “comunidad”, “desarrollo” y “subsidiariedad del Estado”.

En ese contexto, la producción de vacunas y medicamentos fueron atravesadas por el proceso señalado, donde —en líneas generales— se aplicaron medidas tendientes a una liberalización de la industria farmacéutica (Abrutzky *et al.*, 2019). “Las

políticas de desregulación, centralización, concentración y transnacionalización económica, tuvieron fuertes efectos en el mercado de medicamentos, originando una extranjerización del sector y un aumento de los precios” (Zelaya *et al.*, 2021).

La producción nacional de vacunas durante el ongiato estuvo orientada a fortalecer aquellas que tenían que ver con la fiebre aftosa, la brucelosis y la fiebre hemorrágica argentina. Todas ligadas a la Argentina agraria. Vacunas como la de la gripe eran importadas y fraccionadas a nivel nacional, pero no ocuparon la centralidad de aquellas.

Por entonces, en la Argentina se estaba lejos que la vacuna antigripal fuera obligatoria (recién en el año 2011 se incorporó la vacuna antigripal al Calendario Nacional de Vacunación, en la población en riesgo), aun así se anunció:

...un vasto programa de vacunación que se iniciaría con el personal de los servicios públicos indispensables y se extendería, con la colaboración de importantes sectores industriales, a los obreros y familias de los trabajadores. (Archivo General de la Nación, 1968)

No se puede dar cuenta del grado de cobertura —entre otros factores, por lo embrionario del registro de vacunación— puesto que fue el año de la pandemia (1968) cuando se sancionó la Ley del Sistema de Estadística Nacional (INDEC - Ley 17622) y, mediante un convenio con la Secretaría de Salud, se acordó la elaboración de estadísticas vitales. Esto fue conocido como Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNES), y recién comenzó a funcionar ese año, con lo cual no existen datos estadísticos del nivel de la campaña vacunal. Pero, a juzgar por la información disponible, no parece haber sido amplia, remitiéndose más que nada a los anuncios informativos.

Además, ni la gripe de Mao ni su vacuna eran centrales a fines de la década de 1960. El descubrimiento de la vacuna contra la rubeola (1969), y unos años antes la de paperas (1963) y la de sarampión (1968), acaparaban mayor atención e inversión junto con la poliomielitis (1955) pues se estaba frente a la posibilidad de que el mundo comenzara a controlar enfermedades ancestrales y mucho más nocivas que la influenza, como era el caso de la viruela y para cual se desplegaba una amplia campaña de vacunación.

En octubre de 1968 —en pleno desarrollo de la pandemia de gripe— los ministros de salud de las Américas, reunidos en Buenos Aires, recomendaron a los Estados priorizar las enfermedades transmisibles, en particular, la viruela, poliomielitis, sarampión, tuberculosis, parasitosis, enfermedad de Chagas, enfermedades venéreas, zoonosis y *Aedes aegypti* (OPS, 1969b).

La Argentina, estaba atravesando un proceso de ampliación de la cultura de la inmunización, el cual formaba parte constitutiva de la cultura sanitaria que se había visto en cierto modo fortalecida cuando —en la reforma constitucional de 1949— se reconoció el derecho de la salud de los trabajadores. Aun así, en materia de vacunación antigripal, esta no fue percibida como una necesidad ni como un derecho, a diferencia del reclamo social por otras vacunas en esa época, como era el caso de la

antipoliomielítica. En el caso de la gripe hubo indiferencia social, lo cual puede ser explicado —en parte— por las bajas expectativas que la vacuna despertaba, como también por el hecho de que la infancia era el segmento social donde se asentaba con mayor intensidad la cultura de la inmunización, pero no ocurría de igual manera en el universo de los adultos, que eran los destinatarios de la vacuna contra la influenza.

Prueba de ello fue la realización del Primer Seminario Nacional de Vacunación en 1969, el cual se enfocó en la vacunación obligatoria, que por ley incluía solo tres vacunas: la BCG contra de la tuberculosis, la antivariólica y la antidiftérica (Micelli, 2004). Aunque también se incrementó la atención en la lucha contra las enfermedades transmisibles —en 1969, 1970 y 1972— y en la organización de sistemas de vigilancia epidemiológica; reducción de la prevalencia de la lepra, la tuberculosis, las enfermedades venéreas y la enfermedad de Chagas; y cobertura de la vacunación pero no de la gripe, que debió esperar casi cinco décadas para ocupar ese protagonismo, el cual logró luego de la epidemia de gripe A (en 2009), momento en el que recién comenzó a instalarse en la agenda pública y social como una necesidad.

En materia de producción de vacunas, y en consonancia con lo expresado anteriormente, en 1968 la gripe no estaba en la agenda sanitaria y la puesta en marcha o fortalecimiento de los programas de zoonosis era lo más destacado. Por entonces, se daba una fuerte actividad de cooperación con el Centro Panamericano de Zoonosis, el cual prestó a la Argentina asistencia técnica en la colaboración de un programa antirrábico, en un programa nacional de lucha contra la tuberculosis bovina, así como en el envío de profesionales a un seminario dictado en el Centro Panamericano de Zoonosis como parte del adiestramiento del personal sobre epidemiología y métodos de laboratorio para la leptospirosis, entre otras enfermedades zoonóticas⁵ (Gobierno de la República Argentina, 1967).

Si bien entonces, la Argentina producía algunas vacunas⁶, la provisión de la antigripal en 1969 fue externa y fraccionada en el país, entendemos que en cantidades muy pequeñas puesto que la escasez fue una problemática de las economías centrales, hecho que se agudizó para el continente latinoamericano.

Se trató de una vacuna de procedencia europea, que concedía un año de inmunidad, era polivalente y contenía los principales vectores circulantes. El sistema, tal cual lo expresa la imagen (Figura 3), era en spray, y eliminaba de esa manera el uso de la jeringa y de la aguja (Archivo General de la Nación, 1968).

⁵La Ley 17308, de 1967, en su artículo 1°. establecía que: “El ex Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública y la Secretaría de Estado de Agricultura y Ganadería con el Centro Panamericano de Zoonosis de la OPS, dependiente de la OMS, [...] mediante el cual se establece una colaboración técnica consistente en facilitar antígenos de diagnóstico; control de vacunas y, especialmente, en el adiestramiento del personal nacional, con el propósito fundamental de establecer las bases necesarias para que el Servicio de Luchas Sanitarias (S.E.L.S.A.) dependiente de la Dirección General de Sanidad Animal de la Secretaría de Estado de Agricultura y Ganadería, transcurrido un período de tres años, disponga del personal necesario en sus laboratorios”.

⁶Sirva de ejemplo la producción de vacunas antivariólicas de 1968, que fue de 3.460.000 (glicerinada) y de 16.888.250 (liofilizada) (OPS, 1969a).

Ideas y planteos

Cierro este ensayo como lo comencé, con más dudas que certezas, pues se trata de un primer acercamiento a un capítulo de la historia de las vacunas y de la vacunación en la Argentina. Sin duda, y de acuerdo también con otras investigaciones, diría que



la década de 1960 son una bisagra importante con la aparición de vacunas contra el sarampión, la rubeola, la poliomielitis, más la expansión de otras como fue el caso de la vacuna contra la viruela, que prometían un horizonte esperanzador para la humanidad, y que una gripe no logró opacar, por más pandémica que se presentara. Sin dudas, fue la pandemia de la indiferencia porque solo quienes la padecieron le otorgaron centralidad, pero no fue percibida como un mal colectivo. En ese sentido, y con una curva del miedo bajísima en relación con otras dolencias, su principal antídoto, también padeció la misma indiferencia social que la gripe. Ni demanda, ni reclamos se han podido encontrar en torno a ella.

Por ello, y a los efectos de aportar elementos a los debates por venir, considero que hay varias historias en las vacunas, incluso para un mismo período. La era de la vacunología otorgó ciertas seguridades biomédicas acerca de algunas enfermedades, y subestimó otras que recién entraron en la agenda sanitaria cuando los “otros males”, los ancestrales, ya habían sido controlados. El caso de la gripe es un ejemplo de ello.

Bibliografía

Abrutzky, R.; Bramuglia, C.; Godio, C. (2019). Institucionalización histórica de la salud como bien social en Argentina. *Sudamérica. Revista de Ciencias Sociales*, n. 10, p. 75-99.

- Agencia EFE. (1969). La gripe asiática causó ya millares de víctimas en EEUU. Endemia declarada en todos los estados excepto Hawai. En Brasil han aislado el virus de la enfermedad. *Diario de Burgos, de avisos y noticias*, 5/01/1969, v. 79, n. 24.003, p. 1.
- Agencia Logos. (1968). Posible aparición de brotes de gripe. Se aconseja no automedicarse. *Diario de Burgos, de avisos y noticias*, 10/11/1968, v. 78, n. 23.956, p. 9. Recuperado de: <https://bit.ly/3dyMG1C>.
- Alonso Reynoso, C. (2010). La influenza A (H1N1) y las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias. *Desacatos*, n. 32, p. 35-52.
- Álvarez, A. (2020a). Los años que vivimos en pandemias: La poliomielitis, la gripe asiática y la gripe de Hong Kong. Semejanzas y diferencias con el coronavirus (Argentina, 1957-2020). *Prácticas de Oficio. Investigación y Reflexión en Ciencias Sociales*, v. 1, n. 25, p. 3-16.
- Álvarez, A. (2020b). La historia del COVID-19 en tiempos del coronavirus: Un ensayo inconcluso. *Pasado Abierto. Revista del Centro de Estudios Históricos*, v. 6, n. 11, p. 215-235.
- Archivo General de la Nación. (1968). Medidas de prevención y campaña de vacunación contra la pandemia de gripe "asiática" o de Hong Kong. Buenos Aires: *Argentina al Día* - Informativo Cinematográfico EPA. Documento filmico I038.C16.1.A. Recuperado de: <https://bit.ly/3GhTL2Y>
- Barricarte, A. (2006). Gripe aviar. ¿La pandemia que viene? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, v. 29, n. 1, p. 7-11.
- Cuadrado, R.; Davenport, F. (1970). Antibodies to Influenza Viruses in Military Recruits from Argentina, Brazil and Colombia. Their Relation to ABO Blood Group Distribution. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 42, n. 6, p. 873-884.
- Cuestas, M. L. (2016). Desde los astros y el frío hasta el virus pandémico de la influenza A (H1N1): Una amenaza permanente para la humanidad. *Revista Argentina de Microbiología*, v. 48, n. 3, p. 185-186.
- Folha de São Paulo. (1969). A gripe Hong Kong que está por aí. *Folha de São Paulo*, 4/01/1969, 48, n. 14.447, p. 1. Recuperado de: <https://bit.ly/3DCmvlo>.
- Gobierno de la República Argentina. (1967). Ley 17308. Tratados Internacionales. Acuerdo con el Centro Panamericano de Zoonosis de la Organización Panamericana de la Salud. Boletín Oficial, n. 21.212, 19 de junio de 1967. Recuperado de: <https://bit.ly/3GlX2Dm>.
- Harrison, L. (1968). Defiéndase contra la gripe de Mao. *Diario de Burgos, de avisos y noticias*, 23/11/1968, v. 78, n. 23.967, p. 16. Recuperado de: <https://bit.ly/3rj1PpL>
- Kaplan, M.; Webster, R. (1987). *Les virus: De la grippe au SIDA*. Paris: Éditions Belin.
- Kuszewski, K.; Brydak, L. (2000). The Epidemiology and History of Influenza. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, v. 54, n. 4, p. 188-195. doi: 10.1016/S0753-3322(00)89025-3.
- Micelli, I. (2004). La inversión en vacunas. *Medicina*, v. 64, n. 2, p. 176-178.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2009). *Plan de Contingencia para pandemia de influenza*. Recuperado de: <https://bit.ly/3dvdQXp>.
- Mota Rojas, X. I. (2014). El virus de la gripe: Patógeno emergente y reemergente. Tesis doctoral. Departamento de Fisiología y Farmacología. Facultad de Farmacia. Salamanca: Universidad de Salamanca. Recuperado de: <https://bit.ly/3Invpqu>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (1969). Conférence internationale sur la grippe de Hong Kong. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 41, n. 3-4-5, p. 705-748.
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (1969a). *Informe anual del director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1968*. Documento Oficial n. 95, Washington: OPS. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/47730>.

- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (1969b). Sección Actualidades. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 66, n. 1, p. 75, enero de 1969. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (1969c). Seminario sobre métodos de administración en programas de vacunación. Montevideo, Uruguay, 10-16noviembre de 1968. Publicación científica n. 187. Washington: Organización Panamericana de la Salud - Oficina Sanitaria Panamericana - Oficina Regional de la OMS. Recuperado de: <https://bit.ly/3IuaRN3>.
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (1970a). *Informe cuadrienal del director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas 1966-1969*. Documento Oficial n. 101, Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (1970b). *Informe anual del director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1969*. Documento Oficial n. 102. Washington: OPS. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/47729>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1971). *Notas epidemiológicas. Informe Epidemiológico Semanal*. Boletín de la Oficina Panamericana, v. 70. Washington: OPS.
- Romacciotti, K. I. (2014). Políticas sanitarias, desarrollo y comunidad en la Argentina de los años sesenta. *Revista Ciencias de la Salud*, v. 12, n. 1, p. 93-113. doi: 10.12804/revsalud12.1.2014.06.
- Rodríguez, C.; Martín-Oval, M. (2014). *La Peste. El cuarto jinete. Epidemias históricas y su repercusión en Tenerife*. Tenerife: Instituto Canario de Bioantropología. Museo de la Naturaleza y el Hombre. Organismo Autónomo de Museos y Centros Cabildo Insular de Tenerife. Recuperado de: <https://bit.ly/2ZVKK03>.
- Roggero, L. S. (2006). *La salud pública y las vacunas. Calendario Nacional de Vacunación*. Departamento de Bioquímica Clínica. Área Tecnología en Salud Pública. Asignatura Salud Pública. Rosario: Universidad Nacional de Rosario - Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas. Recuperado de: <https://bit.ly/31Gs8lx>
- Rouquié, A. (1982). *Poder militar y sociedad política en la Argentina*. Tomo 2. 1943-1973. Buenos Aires: Emecé Editores.
- Simonsen, L.; Clarke, M. J.; Schonberger, L. B.; Arden, N. H.; Cox, N. J.; Fukuda, K. (1998). Pandemic versus Epidemic Influenza Mortality: A Pattern of Changing Age Distribution. *Journal of Infectious Diseases*, v. 178, n. 1, p. 53-60. doi: 10.1086/515616.
- Veronelli, J. C.; Veronelli Correch, M. (2004). *Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina*. Buenos Aires: OPS - OMS. Recuperado de: <https://bit.ly/31NGkQH>.
- Viboud, C.; Grais, R. F.; Lafont, B. A.; Miller, M. A.; Simonsen, L. (2005). Multinational Impact of the 1968 Hong Kong Influenza Pandemic: Evidence for a Smoldering Pandemic. *Journal of Infectious Diseases*, v. 192, n. 2, p. 233-248. doi: 10.1086/431150.
- Zelaya, M.; Burgardt, N.; Chiarante, N.; Piñeiro, F.; Alcain, J.; González Maglio, D.; Carro, A. C. (2021). Producción pública de medicamentos y vacunas: Análisis histórico y de políticas científicas con foco en el caso argentino. En: Bernabé, F. N. (coord.); Di Pascuo, F.; Giri, L.; Rendon, C.; Sutz, J. (eds.). *Filosofía e historia de la ciencia y sociedad en Latinoamérica Vol. 1: Medioambiente y sociedad. Política científica*. Buenos Aires: Asociación de Filosofía e Historia de la Ciencia del Cono Sur. p. 179-200. Recuperado de: <https://bit.ly/3dvoFsB>.



Foto: Lewis Wickes Hine (1874-1940).

"Posición correcta de pies". (Fragmento). Enero 1917.

National Child Labor Committee collection, Library of Congress, Prints and
Photographs Division.

Parte 2

Eugenesia y sexualidades



Foto: Lewis Wickes Hine (1874-1940).

Joven de 15 años perforando hojas. (Fragmento). 31 enero 1917.

National Child Labor Committee collection, Library of Congress, Prints and Photographs Division.

Neomalthusianismo y (auto)gestión de la sexualidad en la prensa anarquista chilena (1898-1921)

Carolina Miranda González¹

*Colgado de los senos escuálidos
—como un paquete de carne—
el hijo que se tuvo porque sí,
—por paga o por engaño—
agrega nuevas angustias
a nuestra pobre vida fatalizada*
Elena Durán, 20 de agosto de 1921

Introducción

En agosto de 1921, el periódico anarquista *El Azote* de Talca y la revista *Claridad* —órgano de la Federación de Estudiantes de Chile (FECH)— publicaron un artículo titulado “Un llamado a las mujeres”, escrito por Elena Durán y cuyo encabezado interpelaba directamente a las mujeres (Durán, 1921; *El Azote*, 1921). Este llamado era, ni más ni menos, para señalar la falta de una voz de “mujer” para gritar los horrores de la injusticia —que cual destino fatal— hacía de las mujeres del pueblo sus víctimas preferidas a través de años y años de ignorancia, miedo, esclavitud y silencio.

Dentro de ese angustioso llamado, atravesado evidentemente por una solidaridad de clase al referirse a los hombres igualmente explotados como “nuestros hermanos”, lo que predominaba era ante todo una interpelación femenina en base a la experiencia común de ser mujeres doblemente explotadas: económica y sexualmente. De esta manera, la autora dedicó varios párrafos a describir la dura realidad encarnada en los cuerpos de estas mujeres trabajadoras en su doble vertiente, de productoras de bienes y reproductoras de la vida (“la boca desdentada, miserable”, “los senos escuálidos”), una vida que inevitablemente seguía el camino de la esclavitud, ya fuera para servir al ejército y/o al capital (“el vientre está ya cansado de dar carne para el cañón o para el yugo”), pero que, en el intertanto, agregaba más cargas que alegrías a la vida de estas “madres humildes”.

Este escrito, en modo alguno fue una excepción para la época, pues a lo largo de las primeras décadas del siglo XX, la situación y las condiciones de vida de las mujeres obreras fue uno de los tópicos tratados en la prensa anarquista, tópico que

¹Doctora en Historia de la Ciencia, Institut d'Història de la Ciència, Universitat Autònoma de Barcelona, España.

fue abordado desde diferentes aristas, pero siempre teniendo como horizonte que su emancipación era una de las condiciones que posibilitaría el éxito de la revolución social. En el caso particular de este artículo, Elena Durán nos interpela desde la posición históricamente subordinada de las mujeres y con ello puso en tensión uno de los aspectos fundamentales de dicha subordinación: el mandato biológico y sociocultural de la maternidad² y de lo que ella significaba en el contexto de la llamada “cuestión social” para las mujeres de los sectores populares, es decir, continuar con la vida de miseria y angustias sostenida por el sistema capitalista.

Frente a la cruel realidad descrita en el artículo —que atentaba en particular contra las mujeres, sus cuerpos y sus hijos, pero también contra el pueblo explotado en su conjunto— es que el discurso neomalthusiano se convirtió a fines del siglo XIX en un arma más de la lucha contra el capital por parte del ideario anarquista, al igual que de “otras corrientes progresistas, socialistas y liberales” (Muñoz Cortés, 2013, p. 207), en tanto tenía como objetivo propagar la limitación de los nacimientos entre la población obrera con el fin de liberarla de sus cargas y allanar de esta forma el camino hacia la revolución social, y de paso, emancipar a las mujeres de la esclavitud biológica y “natural” con relación a su fecundidad. Lo anterior ocurría en un contexto en el que la causa fundamental de la pobreza y la miseria de las clases trabajadoras era la organización económica de la sociedad bajo el sistema capitalista e industrial, situación que fue prontamente conceptualizada por parte de “intelectuales y reformadores sociales” del viejo continente (Grez Toso, 1995, p. 9) como “la cuestión social”. En el caso de Chile, el surgimiento de esta problemática fue el resultado de las aceleradas transformaciones económicas y sociales que se sucedieron luego del proceso industrializador iniciado a partir de 1860, aun cuando el malestar social producto de las desigualdades se arrastraba desde unas décadas antes (Grez Toso, 1995).

El presente trabajo, por tanto, intenta dar cuenta de la entrada del discurso neomalthusiano en la región chilena a través de la prensa ácrata, esto, desde una mirada que incorpora una visión amplia de las siempre complejas relaciones entre género, ciencia, anarquismo y sexualidad. El objetivo entonces será develar las estrategias discursivas y aquellas prácticas que en torno a la (auto)gestión de la sexualidad llevaron a cabo los anarquistas en esta región, tensionando con ello los discursos hegemónicos que constreñían la sexualidad femenina a la reproducción del llamado “capital productivo”, sostenedor del desarrollo económico de la nación. Si bien es cierto que desde hace un tiempo se han venido realizando en Chile algunos estudios históricos en torno a estos temas³ —en su mayoría, tributarios de investigaciones realizadas sobre todo en Argentina y España—, los cuales han resultado de un valor innegable

²“Uno de los discursos más poderosos alrededor del cual se construye la subjetividad de las mujeres, el deseo íntimo interiorizado de la maternidad. Este tiene tres componentes fundamentales: 1) biológico: el cual reduce a las mujeres a un mero aparato reproductivo, es decir, la maternidad como destino; 2) social: para la sociedad el cuerpo de las mujeres no les pertenece a ellas, sino a los designios de perpetuar la vida y 3) simbólico: que está construido por el conjunto de narraciones religiosas, morales y populares con que la maternidad se fija en el inconsciente de las niñas” (Pacheco, 2007, p. 47-48).

³Entre los trabajos pioneros en Chile encontramos Hutchison (2001); Lavrin (2005); Lagos Mieres (2009, 2017); Gárate Becerra (2010); Muñoz Cortés (2013); *La Brecha* (2016); Palomera (2017).

por la apertura hacia aspectos muchas veces desconocidos del ideario anarquista y por la cantidad de fuentes utilizadas; también es cierto que suelen ser muy descriptivos, y no evidencian una problematización en torno al género y a cómo en su nombre se han justificado las desigualdades dentro de un sistema patriarcal y capitalista en que las mujeres sufrían no solo la opresión de clase sino también —y más aún— la de género. Tampoco se evidencia un análisis del cuerpo de la mujer, un cuerpo que ha sido objeto-territorio del patriarcado, sujeto, controlado y colonizado por este último y por la ciencia médica, cuyo papel no podemos pasar por alto dentro de una modernidad en la que la razón y la fe en el progreso posicionaban a la ciencia como un nuevo dogma sobre el cual se constituyó el saber y la verdad de la época y por qué no, como un nuevo poder.

Finalmente, para abordar este trabajo utilizaremos como fuente principal la prensa anarquista que circuló en la región chilena entre los años 1898 y 1921, así como otros diarios, revistas o publicaciones afines a este ideario. Asimismo, se ha consultado la revista *Salud y Fuerza* de Barcelona (1904-1914) en tanto hemos podido evidenciar un nutrido intercambio de publicaciones entre esta revista y las publicaciones de la región chilena que difundieron o polemizaron con el discurso neomalthusiano.

Emergencia del neomalthusianismo como estrategia biológico-social en el anarquismo: Breves antecedentes

En líneas generales, diremos que el neomalthusianismo surgió en el Reino Unido⁴ en el seno “del reformismo social y del socialismo utópico” (Girón Sierra, 2018b, p. 88), pero su formulación anarquista —que es la que llegó a la región chilena a través del anarquismo francés e ibérico— la realizó a fines del siglo XIX el francés Paul Robin⁵, quien recogiendo solo la tesis central que Robert Malthus planteó en su libro *Ensayo sobre los principios de la población* (1798), referida al crecimiento de la población en relación con el equilibrio de las subsistencias, propuso la restricción consciente y voluntaria de la natalidad de los más desfavorecidos a través del uso de medios contraceptivos como un “medio de combatir la pobreza mediante la limitación de los nacimientos hasta que existan las condiciones idóneas que garanticen para los futuros hijos de los obreros una buena educación, una buena organización social y un buen nacimiento” (Masjuan, 2000, p. 213).

Robin, hacia fines del siglo XIX era un activo promotor del neomalthusianismo en Francia, en donde había fundado el periódico *Régénération* y la *Liga de la Regeneración*

⁴En 1822, Francis Place en su libro *Illustrations and Proofs of the Principles of Population*, ya abogaba por la restricción de la maternidad entre los obreros de Manchester. Sin embargo, fue George Drysdale quien con su libro *Elementos de Ciencia Social* (1854) dio el punto de partida al neomalthusianismo. Fue también en Inglaterra en donde a partir de 1877 surgieron las primeras ligas para la restricción de la natalidad (en términos neomalthusianos, no eugenésicos), siendo pionera en esto *The Malthusian League*, fundada por Charles Drysdale y Annie Besant (Masjuan, 2000; Andrés Granel, 2020; Cleminson, 2008, entre otros).

⁵Paul Robin (1837-1912), pedagogo anarquista francés, defensor de la educación integral y uno de los principales difusores de las ideas neomalthusianas.

Humana (1896), la cual estaba “orientada a la difusión de la idea, entre las clases populares, de la necesidad de una procreación prudencial” (Andrés Granel, 2020, p. 37). Su influencia pronto se dejó sentir a lo largo de toda Europa⁶, siendo acogida en España con gran entusiasmo por algunos anarquistas cercanos a Robin, como Francisco Ferrer y Guardia⁷, Mateo Morral⁸ y sobre todo, Luis Bulffi⁹. Fue precisamente este último quien fundó la *Sección Española de la Liga de la Regeneración Humana* y la revista barcelonesa *Salud y Fuerza. Revista mensual de la Liga de Regeneración Humana. Procreación consciente y limitada* (1904-1914), órgano de la Liga española y una de las principales fuentes de difusión del neomalthusianismo libertario en la península ibérica y en el continente americano. Tal como se señaló en el primer número, su objetivo era:

...dar á conocer los medios para sustraernos á la causa inicial de la miseria, agravada en grado máximo por el acaparamiento de los medios de producción y el brutal orden social, indigno de pueblos llamados civilizados y de seres pretendidos racionales, cual unión se conoce hoy por Federación Universal de la Regeneración Humana. (*Salud y Fuerza*, 1904, p. 1)

Esto, a través de una indudable fe en la razón y en la ciencia, la cual proporcionaría los medios para corregir lo imperfecto de la naturaleza, es decir, la fecundidad natural entendida como “uno de los peligros sociales” (*Salud y Fuerza*, 1906, p. 36) que acrecentaban la miseria del proletariado, en abierta oposición a los ideales libertarios de una naturaleza generosa, armónica y esencialmente justa. En este sentido, había una confianza innegable en el potencial liberador de la ciencia, en tanto factor de progreso y civilidad, proveyendo en este caso de los medios anticoncepcionales y de una eficaz educación sexual, necesarios para liberar a las mujeres de su opresión “natural” encarnada en su especificidad biológica.

Es por esto, y concordando con Isabel Jiménez-Lucena (2014), que podemos hablar de una “biopolítica de oposición anarcolibertaria”, la cual

...propugnaba una maternidad consciente que desestabilizaba la política sexual impuesta a las mujeres (matrimonio, maternidad), y a través de ella trató de plantear acciones sobre la población que desestabilizaran el sistema económico capitalista constituyéndola en un instrumento para la revolución, frente a las políticas poblacionistas que propugnaban un control selectivo

⁶En el año 1900, en una reunión realizada en el domicilio en París de Ferrer y Guardia y a la que asistieron Robin, el doctor Charles Drysdale, el médico holandés Rutgers y Emma Goldman, se creó la *Federación Universal de la Liga de la Regeneración Humana*, “liga neomalthusiana promaternidad consciente y libre que recoge la experiencia de la liga francesa fundada por Paul Robin en 1896” (Masjuan, 2000, p. 214).

⁷Francisco Ferrer y Guardia (1859-1909), pedagogo anarquista y librepensador español, creador de la Escuela Moderna.

⁸Mateo Morral (1879-1906), anarquista español, autor del atentado contra Alfonso XIII y su esposa, Victoria Eugenia.

⁹Luis Bulffi (1867-19??), médico y escritor anarquista español. Principal divulgador de las ideas neomalthusianas en España en las primeras décadas del siglo XX.

de la población que aseguraran una población burguesa de calidad y una gran cantidad de mano de obra civil y militar. (Jiménez-Lucena, 2014, p. 111)

Por lo tanto, frente a la biopolítica conceptualizada por el filósofo Michel Foucault como aquello “que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana” (Foucault, 2014, p. 13), es decir, la biopolítica como una tecnología de poder (ejercida por la clase dominante) sobre la población a partir de la consideración de la vida como un objeto de saber y susceptible de ser intervenida, el neomalthusianismo representó un discurso alternativo y de resistencia articulado a partir de la vulnerabilidad a la que estaban expuestos los cuerpos y las vidas de mujeres y hombres en las sociedades industriales y para ello, ese discurso en su vertiente libertaria se apropió y resignificó los conceptos y herramientas de la ciencia: de ser un instrumento de regulación y normalización del cuerpo de las mujeres y de su sexualidad al servicio del poder, la transformaron en un instrumento de lucha política y de resistencia defensiva frente a los circuitos de producción del capitalismo, que veía en estos cuerpos un instrumento de producción y reproducción de la fuerza de trabajo, en tanto “alimento del capital y la condición de su existencia” (Cassigoli, 2010, p. 89).

Es por esto, que la anhelada revolución social implicó no solo transformar las relaciones políticas, sociales y económicas en que se desenvolvían mujeres y hombres, sino que también buscó modificar las pautas morales, culturales y sexuales que los regían, partiendo desde lo individual/privado hacia lo colectivo/público, intentando con ello desestabilizar la tradicional dicotomía público/privado en la que se sostenía la sociedad burguesa y con ello, la serie de instituciones (la familia, la escuela, la iglesia, la medicina, etcétera) que determinaban y moldeaban los comportamientos y valores del resto de la sociedad. Y para ello, el discurso anarquista elaboró una moral sexual opuesta a la moral burguesa, propiciando tanto el amor libre, entendido como una praxis amorosa, sin más vínculos que el amor (oponiéndose a la doble moral burguesa, la cual por medio del matrimonio, explota, cosifica, violenta y esclaviza a la mujer, mientras que el hombre muchas veces lleva una doble vida), como la procreación consciente y limitada o neomalthusianismo, ya que “es el arma suprema, temible, inexorable del proletariado” (Kolney, 1905, p. 3). Pero además esta nueva moral sexual, al hacer suyo el discurso neomalthusiano, abrió las puertas para concebir al sexo como una necesidad orgánica asociada al placer y no exclusivamente a la procreación, reivindicando el goce, históricamente expropiado, transformado y reducido a trabajo reproductivo (Preciado, 2019, *apud* Meloni 2019) en las sociedades capitalistas.

Tras las huellas del neomalthusianismo en Chile

Como ya lo hemos señalado, a fines del siglo XIX y principios del XX, Chile —al igual que el resto de las naciones latinoamericanas— sufrió un acelerado proceso de modernización y cambio social producto de la expansión del capitalismo, la

industrialización, la instauración del liberalismo y los cambios en la distribución de la población por la creciente migración campo-ciudad. Esto supuso el rápido crecimiento urbano y generó graves problemas estructurales, lo que a la larga contribuyó a la formación y al explosivo aumento del proletariado chileno y, con ello, a la aparición de la llamada “cuestión social” entendida, según Morris, como la serie de

...consecuencias sociales, laborales e ideológicas de la industrialización y de la urbanización nacientes: una nueva forma de trabajo dependiente del sistema de salarios, la aparición de problemas cada vez más complejos pertinentes a vivienda obrera, atención médica y salubridad; la constitución de organizaciones destinadas a defender los intereses de la nueva *clase trabajadora*; huelgas y demostraciones callejeras. (Morris, 1967, p. 9)

Es decir, todos aquellos problemas derivados de la desigual distribución de la riqueza y por consiguiente de la lucha de clases.

Fue con este contexto como telón de fondo, que articulaba un débil equilibrio entre la vida y la muerte del proletariado, que el discurso neomalthusiano llegó a la región chilena. Y lo hizo de la mano de los circuitos y redes de intercambio y circulación de la prensa anarquista, a través de la cual “se establecen contactos transnacionales entre personas o de grupo a grupo, se financia la actividad anarquista o se habilitan suscripciones a escala internacional, se organizan campañas de solidaridad” (Girón Sierra, 2018a, p. 175), así como de militantes ácratas (llegados a esta zona a través de la inmigración, proveniente tanto de Europa como desde las diversas regiones del cono sur) y por supuesto, de revistas, folletos y libros “cuyo propósito era la apropiación selectiva de todo tipo de conocimientos útiles para la causa a escala global” (Girón Sierra, 2018a, p. 175). En este sentido, la prensa se articuló como un verdadero canal de formación de la conciencia obrera; en el que la palabra escrita es la que informa, educa, denuncia y propaga las ideas y el sustrato ideológico común que constituirán la nueva sociedad a la que aspiran, en este caso, los anarquistas. En este sentido, como señalan Moulián y Dujisin, la prensa obrera se constituyó en

...la columna vertebral del campo político-cultural del mundo obrero; a través de ella se manifestaban las expresiones más racionales y estructuradas del pensamiento, destinadas explícitamente, en muchos casos, a orientar la acción o la toma de decisiones. A través de ellas también aparece otra dimensión, el campo del imaginario colectivo o el lado oscuro y oculto del discurso. (Moulián & Dujisin, 1987, p. 12)

Es la prensa, como factor fundamental de la ilustración de los obreros, la “que ilumina las tinieblas de la ignorancia” (Albertina, 1905), pero fue también a través de ella que quedaron en evidencia las tensiones dentro de las concepciones en torno a “la idea” (Grez Toso, 2007) y las líneas de acción para lograrla.

Las primeras noticias sobre el neomalthusianismo en Chile las encontramos en el año 1903, cuando en el periódico *La Luz* (Santiago, 1901-1903) aparecieron tres avisos que daban a conocer el periódico francés *Régénération* (1900), señalándose que era un “periódico neomalthusiano” y que “da consejos para evitar las grandes familias”, resaltando además que era “una importante revista” (*La Luz*, 1903) de la que se ocuparían próximamente, cosa que no ocurrió. Ese mismo año, pero en el mes de noviembre, el periódico de Santiago *La Agitación* (1901-1905), señalaba que disponía del folleto *La Jeneración Voluntaria* de Paul Robin, “folleto que da consejos para evitar las familias numerosas. De no mucho valor”. Es interesante que en este periódico les pareciera que no era de mucho valor ese folleto, toda vez que en sus artículos se hablaba de la situación de esclavitud de las mujeres y, sobre todo, se hablaba del amor libre en tanto práctica subversiva frente a uno de los pilares de la sociedad burguesa: el matrimonio; siendo así, podría pensarse que había una sintonía entre esta crítica a las relaciones afectivas tradicionales y las ideas neomalthusianas de la procreación consciente, pero dicha subversión llega solamente hasta el plano de las relaciones, no alcanzó para subvertir el mandato biológico de la maternidad, lo cual es coherente también con el hecho de que este periódico recibía de intercambio *La Revista Blanca*¹⁰, la cual reivindicaba el amor libre y “enalteció la figura de la madre” (Prado, 2011, p. 71), siendo absolutamente contraria al neomalthusianismo. De ahí que se pueda inferir que *La Agitación* tenía ideas más afines con esta última revista que con los postulados de Robin.

Sin embargo, es a partir de 1905 cuando podemos evidenciar un aumento de los artículos (en diversos periódicos) que hacían referencia a las ideas neomalthusianas, ya sea produciendo artículos que tensionaban los estereotipos y mandatos de género asociados a las mujeres o reproduciendo por capítulos algún folleto, como fue el caso de *La Jeneración Voluntaria*, el cual fue reproducido a lo largo de cuatro números en el periódico *La Agitación* (Estación Dolores, 1905). Allí, la publicación de este folleto fue precedida de una presentación en la que se señalaban los motivos para darlo a conocer:

Conocedores de la terrible esclavitud doméstica que pesa sobre las mujeres de la Pampa, la cual es orijinada en su mayor parte por la fecundidad excesiva, i la ignorancia de los medios de evitarlo, hemos resuelto empezar en el presente número la publicación de este interesante opúsculo de Pablo Robin, tan leído en todos los países de Europa.

En este folleto se hacen mui acertadas consideraciones sobre los peligros de la procreación exajerada, i se enseñan conocimientos utilísimos para evitar las grandes familias.

Leedlo, hombres casados, que consumís toda la vida en el trabajo para mantener una familia numerosa.

¹⁰*La Revista Blanca*, revista anarquista de Sociología, Ciencia y Arte, fundada en 1896 por Juan Montseny (Federico Urales) y Teresa Mañé (Soledad Gustavo). En su primera etapa, de 1896 a 1905, fue editada en Madrid; y desde 1923 hasta 1936 se publicó en Barcelona.

Leedlo, mujeres, cuya existencia se desliza triste i amargamente en la perpétua esclavitud de la cocina i de la cuna. (*La Agitación*, 1905)

Como se puede ver, este fue un llamado que hacía explícitos los problemas que traía la maternidad a las mujeres, las cuales se veían sometidas a una esclavitud que no solo las ataba a su biología, sino que también las mantenía sujetas al ámbito privado y doméstico del hogar, en donde amargaban los mejores años de su vida. Pero no solo se quedaba en la apelación hacia las mujeres, en tanto “ellas son las que se mortifican con la familia”, sino que también interpelaba a los hombres en tanto ellos de igual manera debían cumplir con los mandatos sociales y de género que los sitúa como proveedores de la familia, consumiéndose en ello cuando deben proveer a tantas bocas. Es igualmente interesante el que se hable de la ciencia como el remedio para “alcanzar toda la libertad i la felicidad posibles, sin dejar de gozar de las dulzuras del amor”, lo cual nos remite al derecho al goce sexual por sobre la procreación, una idea que sin duda, resultaba altamente subversiva tanto para la religión como para el sistema económico capitalista que necesita de la reproducción de los cuerpos para seguir funcionando.

Este mismo periódico reprodujo un artículo de Fernando Kolney —“Discurso sobre el neomalthusianismo”—, el cual había sido escrito originalmente para la revista *Salud y Fuerza*, revista neomalthusiana española que, a partir de ese mismo año, comenzó a tener un intercambio bastante fluido con varias publicaciones chilenas, entre las que se encontraban el periódico *La Agitación* de Estación Dolores (el que aparecía adherido a la Federación Universal de la Regeneración Humana), entre otros. Este prolífico intercambio se mantuvo hasta bien entrado el año 1913, por lo que podemos inferir que la revista *Salud y Fuerza* fue bastante conocida dentro de los círculos obreros de la región chilena, abarcando no solo un espectro amplio del territorio nacional, sino que también a una variedad ecléctica de corrientes de pensamiento (anarquistas, demócratas, librepensadores, etcétera). Por su parte, el periódico *El Trabajo. Órgano de la Sociedad Combinación Mancomunal de Obreros* (Coquimbo, 1904-1912) se hace parte de la denuncia de secuestro de “la tirada, moldes y clichés” del número 13 de *Salud y Fuerza*, agregando:

...mucha salud y mucha fuerza ha de poseer el fundador de SALUD Y FUERZA para resistir los zarpazos y mordiscos de la fiera autoritaria que en manera alguna quiere que se divulgue el neo-malthusianismo. ¡Un hombre solo en España luchando contra todos! Seguramente lo aplastarán. Ya veremos si vence en la lucha. (*El Trabajo*, 1907)

Aun a pesar de estos embates —incluida la detención de su director Luis Bulffi—, la influencia y la circulación de conocimientos científicos que propició la revista *Salud y Fuerza* creemos que fue mucho más amplia toda vez que en las páginas de esta revista podemos leer que para el año 1907 contaban con representantes en Chile:

David Soto de Herrera¹¹ en Santiago y Domingo Gallo¹² en Coquimbo, a través de su librería *La Porteña* que se encontraba ubicada en calle Aldunate 149. Esta librería fue ampliamente publicitada, sobre todo en el periódico *El Trabajo* (1907), señalándose que “Vende buenos libros y a precios bajísimos, al alcance de todos”, teniendo en su haber una gran cantidad de autores y títulos disponibles (entre ellos: Albert, Reclús, Bakunin, Kropotkin, Proudhon, etcétera). Ya desde 1908 dejó de aparecer Domingo Gallo como agente y en su lugar surgió la Librería de D. Luis Tamaño, en Santiago. Ese mismo año apareció en *Salud y Fuerza* que en Chile funcionaba un grupo neomalthusiano a cargo de David Soto de Herrera y que estaba asociado a la Federación Internacional de la Regeneración Humana, del cual no tenemos mayores datos. Sin embargo, resulta interesante constatar que tal como señala Masjuan “en Chile, la divulgación del neomalthusianismo hasta 1914 fue ininterrumpida y suficientemente conocida” (Masjuan, 2000, p. 349). Y en esto, como ya lo dijimos, fueron esenciales las redes transnacionales de la prensa, las cuales tejieron un sustrato común de lecturas que pusieron a disposición de múltiples lectores los saberes y conocimientos científicos de la época para su apropiación crítica o debates, sin dejar de mencionar el enorme esfuerzo que implicó realizar el trabajo de traducción de estos textos para que llegaran a una mayor cantidad de público¹³.

También es llamativo el grado de conocimiento que las publicaciones tenían entre sí, de quienes estaban a su cargo y de la necesidad de dar cuenta de la aparición de nuevas publicaciones. Es lo que sucedió con la aparición de *La Palanca. Publicación feminista de propaganda emancipatoria* en 1908, hecho que fue reseñado por *Salud y Fuerza*:

Hemos tenido el gusto de recibir los dos primeros números de la notable publicación *La Palanca*, revista feminista, órgano de la Asociación de Costureras de Santiago de Chile, que dirige nuestra muy estimada amiga y colaboradora, la valiente luchadora Esther Valdez de Díaz.

En su artículo de fondo cuyo lema es “Henos aquí frente a frente al enemigo” expresa con gallardía los anhelos de lograr romper las trabas que a la mujer encadenan al potro religioso-autoritario-burgués por los prejuicios del actual régimen social. Dedicamos también un recuerdo cariñoso a la infatigable hermana de lucha Carmela Jeria, que en 1905 inició en Valparaíso la campaña de emancipación de la mujer con la publicación de *La Alborada*.

Enviamos a *La Palanca* nuestro fraternal saludo deseándole larga vida y que sirva de ejemplo para las mujeres de los demás países que no ha brotado en ellas el espíritu de rebeldía. (*Salud y Fuerza*, 1908, p. 312)

¹¹Sobre David Soto de Herrera no hay datos disponibles. Podría tratarse del escultor del mismo nombre nacido en 1891 y fallecido en 1928, sin embargo, los datos al respecto son escasos.

¹²Respecto a Domingo Gallo solo sabemos que fue editor de tarjetas postales y que estuvo activo hasta la década de 1920.

¹³Entre estas traducciones se pueden encontrar: *La Jeneración Voluntaria* (Paul Robin), *El Problema de la Población* (Sebastián Fauré), *Hacia la Unión Libre* (Alfred Naquet), *La Mujer Esclava* (René Chaughy), *Fisiología de la Reproducción* (Dr. Grove), entre otras.

La Palanca es otro de los periódicos que difundiría en sus páginas las ideas neomalthusianas, específicamente, a través de tres artículos. Uno de ellos fue “Fecundidad” (Yedra), en donde es una mujer quien exhorta a la ciencia y a los médicos por no difundir en el pueblo los conocimientos:

...de una normal i razonada procreación: que nada hacen para hacer comprender a la mujer, que ella debe disponer de su cuerpo, que ella solo tiene derecho de disponer, para ser madre prudentemente, en la medida de sus fuerzas i de sus medios económicos, escojiendo el momento oportuno... (Yedra, 1908, p. 19)

Acá la crítica también se vuelve hacia la reivindicación de las mujeres a tener derechos sobre sí mismas y sus cuerpos, a ser consideradas sujetos y agentes de su propia vida y no meros objetos del saber médico, al mismo tiempo, nos devela que existen los medios para no procrear, es decir, los medios anticonceptivos, solo que no estaban a disposición de la gente. Esto contradice (así como otras fuentes que veremos más adelante) lo señalado por Ximena Jiles Moreno (1992), quien señala que los anticonceptivos no tenían presencia en Chile antes de 1920 y que fue la doctora Juana Díaz Muñoz la gestora de la llegada de los primeros anticonceptivos al país. La situación denunciada por Yedra en torno a la negación de los medios anticoncepcionales y a la necesidad de las mujeres de disponer de su propio cuerpo, se vio ampliamente combatida por el estamento médico, como cuando el médico Moisés Amaral señaló en 1917 que los anticoncepcionales eran una de las causas que hacían disminuir la fecundidad entre las mujeres, por lo que se hacía necesario “combatir esta práctica [por lo tanto] debo abstenerme de divulgar estos perniciosos artificios inventados por el libertinaje i opuestos a la leyes de la naturaleza” (Amaral, 1917, p. 6), es decir, la medicina decidiendo y colonizando el cuerpo femenino para conjurar la tan temida despoblación que avizoraban como un gran problema para el desarrollo del país. Los otros artículos retomaban las ideas centrales del neomalthusianismo en cuanto a abstenerse de procrear para “evitar la miseria presente y futura” (Ramou, 1908, p. 52-53), y uno de esos artículos es tomado íntegramente de *Salud y Fuerza* del año 1907, con lo que queda en evidencia el grado de penetración de estas ideas en algunos círculos obreros.

Ya hacia la década del centenario, aún podemos constatar como los planteamientos neomalthusianos seguían concitando la atención en la prensa ácrata, sobre todo frente a una realidad económica y social que seguía precarizando y mermando las fuerzas del pueblo asalariado. Es por esto que podemos leer en 1913 en *El Productor*, de Santiago, un llamado a “estudiar y vulgarizar todo lo que tiene relación con las cuestiones sexuales” (C. L., 1913) con el fin de allanar el camino para permitir el libre desenvolvimiento de todas las facultades que poseen los individuos, pero también el autor menciona dos aspectos ligados a la difusión de estas ideas: uno, el tema de la *calidad* de los hijos, ya que prácticamente era un axioma el que la miseria llevara a la degeneración y evidentemente así no se podría hacer la revolución; el otro, la

de sustraer del dominio de la religión a las mujeres, tema controvertido y bastante discutido en este caso, porque la religión hacía de la procreación un mandato divino:

Menos cargas familiares, significan para los propagadores de una causa, una mayor indiferencia en las reclamaciones económicas, una mayor cantidad de energías y dinero puestas al servicio de las ideas y sobre todo la íntima satisfacción de haber descartado esta idea de la fatalidad en la generación de la especie [...] la mejor propaganda antirreligiosa para las madres, consiste en que sepan que no es dios quien les mandó los hijos sino que ellas pueden, si lo desean, no tenerlos cuando vean que no tienen probabilidades de mantenerlos y educarlos convenientemente. (C. L., 1913, p. 3)

El autor del artículo termina por recomendar tres de los folletos más importantes con relación a la divulgación de las ideas neomalthusianas: *Fisiología de la reproducción* del doctor Grove, *¡Huelga de vientres!* de Luis Bulffi y *Generación consciente* de Franck Sutor, todas pertenecientes a la Biblioteca de la revista *Salud y Fuerza* y que, a juzgar por la recomendación, circulaban en Chile en la época.

De hecho, en julio de 1914, el periódico de Antofagasta *Luz y Vida* realizó un llamado explícito a la huelga de vientres, la que tendería a la mejora económica e intelectual del proletariado y, para eso, la ciencia era usada como una aliada en la lucha contra el sistema económico imperante:

Ya que la ciencia hoy conoce el medio de evitar la preñez, la madre que siente en sus espaldas el zarpazo del Wampiro, y en su estómago el agujón del hambre, habría una buena obra de humanitarismo, no dando mas seres al rebaño de los explotados, o dando pocos, los me-nos posible: Así, los que nos sucedieran, estarían en mejores condiciones que nosotros para exigir lo que a todos nos pertenece: nuestra producción íntegra... (*Luz y Vida*, 1914, p. 2)

Ahora bien, la prensa también fue el escenario para dar cuenta de los desacuerdos en torno a estas ideas, o al uso que de ellas se podría hacer. Es interesante señalar que en el periódico *El Productor*, encontramos un artículo escrito por Alejandro Calderón (1913) titulado “La mujer i la especie” en el que hace una crítica a un texto del mismo nombre presentado en la Convención Demócrata de Santiago el 3 de mayo de 1913 por una mujer llamada Clara de la Luz. En este trabajo —que dedica a los proletarios de Chile—, la autora parte de la misma base que todos los escritos neomalthusianos: la miseria en la que el sistema capitalista tiene subsumidas a las clases más desvalidas. Esa miseria era causada por tres factores: la iglesia, “esa procreación ciega i ajena a toda ciencia i raciocinio” (Clara de la Luz, 1913, p. 24) y la ambición desmedida de los dueños del capital, y en torno a ellas va tejiendo su alegato en favor de la doctrina del *neomalthusianismo* como estrategia para evitar la miseria de las clases proletarias:

Las doctrinas Neo-Malthusianas nos predicán, señores, la huelga de los vientres escualidos, la deserción de esos deberes, no para que el mundo que sufre

tenga su porción de goces solamente, ni para que se suma en la inacción i en una execrable pereza [...] Nó, es solamente con el espíritu de ahorrar a tantos séres la venida inútil, esa venida forzosa i triste, para que después el hambre i el frio los mate al nacer o los haga arrastrar una vida execrable. (Clara de la Luz, 1913, p. 24)

Al mismo tiempo, Clara de la Luz solicitaba que tanto “la ciencia, el misterio de la procreación, los rudimentos de la higiene” debían difundirse por todos los medios y no ser “patrimonio de los cerebros que se dedican de lleno a ello”, todo lo cual va claramente en la línea de acción del neomalthusianismo. Sin embargo, la autora buscaba que esta limitación de la procreación sea “restringida por la ciencia, amparada por las leyes” y difundida, lo cual iba en contra de la procreación voluntaria y de una decisión individual —basada en la educación sexual de las personas— que redundaría en el bienestar colectivo; lo contrario a ello, podría considerarse eugenesia. De hecho, ella avizora ciertos peligros que hay que conjurar: “Señores: De esos padres, de esas madres jeneradoras de tantos hijos que se ven imposibilitadas para mantener, vestir i educar, brotan los anarquistas, los nihilistas i todas las ramas del árbol de la desesperación” (Clara de la Luz, 1913, p. 12).

Fueron precisamente estos aspectos los que se criticaron en las páginas de *El Productor*, al señalar que era una “literatura decadente con mucho olor a cristianismo y a patriotismo” y que la autora “desconoce sus causas originarias y el fin que se han propuesto sus autores [...] pedir leyes protectoras sobre tales prácticas o doctrinas, creyendo indudablemente que los males sociales que nos aquejan tendrán con ello su curación”, y agregando que esta falta de conocimiento sobre el neomalthusianismo y su contenido político la hacen “divagar tan estérilmente e incurrir en juicios tan graves como erróneos” (como la misma opinión sobre los anarquistas). Para decir finalmente: “Así pues, lo que la autora no ha podido desarrollar, ha querido suplirlo echando sombras o lodo sobre doctrinas que no conoce i que ese conocimiento no pasa mas allá del que tiene el vulgo...” (Calderón, 1913, p. 2-3).

Otros desacuerdos sobre el tema ocurrieron en las páginas del periódico *La Batalla* (Santiago, 1912-1916) donde —si bien los editores señalaban expresamente no estar de acuerdo del todo con estas ideas— dieron cabida a algunos artículos que hablan de la obra de regeneración social de este discurso y lo necesario frente a la miseria que los invade. Es lo que hace José Lejo Pica en su artículo “El Neo Malthusianismo”:

Ha querido refutar la bondad del Neo Malthusianismo dentro del réjimen actual; su obra rejeneradora, de profilaxis social y solo ha conseguido hacer resaltar la insulzes (sic) de un juicio, superficial y embarullado, en la cuestión en debate, puesto que confunde (por ignorancia tal vez) la diferencia que existe entre la doctrina de Malthus y el Neo Malthusianismo que es todo lo contrario de aquél, en sus fines. Porque si Malthus al dar a luz su doctrina quiso con ella afianzar el réjimen de esclavitud económica y social, en cambio el Neo Malthusianismo anhela cooperar con los medios a su alcance a

la magna obra de redencion humana. Por ahora, hago un alto obligado por la tirania del espacio que “La Batalla” necesita; pero si el caso lo requiere volveré sobre el asunto”. (Lejo Pica, 1914)

Esto en respuesta a un artículo anterior titulado “Notas y comentarios sobre Neo Malthusianismo”, escrito por Franqueza (1914), en donde se tachaba a estas ideas de ser “una doctrina burguesa, retrógrada e interesada” por ver como una amenaza la fuerza del número, algo que era muy debatido entre las filas anarquistas en relación a su real utilidad dentro de la revolución:

Los Neo Malthusianos debieran agregar, castraos para que seáis felices en vuestra incon-ciencia. Sed eunucos, no por el bisturí del castrador romano, sino por la destilacion perma-nente de vuestra fuente de enerjia [...]. El poder del pueblo está en el número, si hoi ya es algo respetado se debe al gran número de obreros conscientes. Cuando estos cundan, serán libres de toda traba injusta y dueños de sus derechos de hombre, hoi secuestrados por los dueños de la tierra. (Franqueza, 1914)

Conclusión

Como hemos podido ver en este pequeño recorrido, el anarquismo no solo basó su discurso en el ámbito sociopolítico, sino que también abarcó el ámbito cultural y sus múltiples manifestaciones educativas, alimentarias, ecológicas, de ocio y también las que refieren —en el espacio privado— a la moral y a la sexualidad.

Y es precisamente en este último aspecto en el que me he enfocado, puesto que a través del género y de la sexualidad también se evidenciaron las tensiones sociales de este periodo. De esta manera, frente al discurso hegemónico, patriarcal y capitalista, los anarquistas de la región chilena hicieron suyo un discurso en el que la procreación consciente y limitada (junto con el amor libre y la emancipación de la mujer) serían los ejes de una nueva moral sexual que buscaba “la transformación del sistema de valores culturales y las pautas del comportamiento sexual” (Nash, 1984, p. 30) frente a un sistema que consideraban hipócrita y opresor de los instintos naturales del ser humano. Para esto, fue fundamental propagar —sobre todo entre las mujeres— una educación científica y racional, que las alejara del oscurantismo en el que la religión las había subsumido por tanto tiempo. En este sentido, Prieto Borrego señala:

El anarquismo confiere al control del cuerpo femenino un papel político, al considerar que ni el Estado ni la Iglesia pueden controlar la sexualidad femenina, sino que esta cuestión únicamente atañe a las mujeres. Puesto que el control de la reproducción sirve al Estado para el control de sus políticas natalistas —o al contrario, en estados que mantienen políticas antinatalistas—, el control del útero de las mujeres es un asunto político, y sí es un

asunto político es un asunto que controla el Estado, y el anarquismo tiene que combatir y combate el poder del Estado. (Prieto Borrego, 2017, p. 32)

De ahí que la revolución social tenía que incluir el cuerpo de las mujeres, cuerpo expropiado y colonizado por la medicina, la Iglesia y el Estado, es decir, por todos aquellos saberes occidentales que desde temprana data vieron este cuerpo en función de su papel reproductor, despojándolo de su potencia política, liberadora y como fuente de placer.

En este sentido, y retomando el relato de Elena Durán con el que iniciamos este artículo, el hecho de que este discurso haya estado en circulación simultáneamente en dos medios de prensa escrita y relacionados entre sí¹⁴, evidencia no solo la necesidad de mantener presente el tema de la mujer dentro de los discursos ácratas y hacerlo extensivo a una gran cantidad de lectores sino que, sobre todo, da cuenta de una situación particular de las mujeres (aun cuando la mayoría de los textos acá analizados pertenecieron a varones), revelándonos una queja profunda vehiculizada a través de su cuerpo: *las mujeres estamos cansadas*, cansadas de sufrir calladamente y de parir —uno tras otro— hijos que si no morían tempranamente, continuarían con la vida de miseria y esclavitud que el sistema capitalista les tenía reservadas a las clases populares y que a estas mujeres ya las tenía subsumidas en la extenuación física y mental, a extremos de angustia y locura¹⁵.

Bibliografía

- Albertina. (1905). La prensa revolucionaria. *La Agitación. Publicación semanal libertaria* (Estación Dolores), v I, n. 6.
- Amaral, M. (1917). *Los anticonceptivos y el aborto criminal*. Conferencia dada en la Sociedad Científica de Chile, en sesión de 28 de agosto de 1917. Santiago: Imprenta Franco-Chilena, p. 6.
- Andrés Granel, H. (2020). *Maternidad consciente y voluntaria. Eugenesia y emancipación femenina en el anarquismo español, 1900-1939*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Calderón, A. (1913). La mujer i la especie. *El Productor. Periódico Obrero* (Santiago), v. II, n. 19, p. 2-3.
- Cassigoli, I. (2010). Marxismo y biopolítica. En: Cassigoli, I.; Sobarzo, M. *Biopolíticas del sur*. Santiago: Editorial Arcis - Universidad de Arte y Ciencias Sociales. p. 83-99.
- C. L. (1913). Algo sobre neo-malthusianismo. *El Productor. Periódico obrero* (Santiago), v II, n. 15, p. 3.
- Clara de la Luz (1913). *La mujer i la especie*. [Trabajo leído en el Centro Demócrata de Santiago el 3 de mayo]. Santiago: Imprenta Lee y Cia, p. 24.

¹⁴El periódico *EL Azote*, que se declaraba como el órgano oficial de los Trabajadores Industriales del Mundo (Industrial Workers of the World - IWW) y que circuló durante 1921, recomendaba continuamente —a través de sus páginas— leer la revista *Claridad* (entre otras revistas y periódicos). Esta última, fue el órgano de la Federación de Estudiantes de Chile (FECH) y circuló entre los años 1920-1926, para reaparecer entre 1931-1932, y en su primera etapa fue influenciada por el pensamiento anarquista.

¹⁵En el artículo, la autora utiliza al personaje de Ofelia de la obra teatral *Hamlet* de William Shakespeare, para ilustrar el estado de locura al que la vida moderna somete a las mujeres (“Por la escena de la vida moderna, pasamos, como nuevas Ofelias, alucinadas y balbucientes”). En la obra original, es Gertrude (madre de Hamlet) quien señala que Ofelia era “incapaz de su propia angustia” por la locura que arrastraba.

- Durán, E. (1921). Un llamado a las mujeres. *Revista Claridad. Periódico de Sociología, Crítica y Actualidades*, v. I, n. 30, p. 6. doi: 10.5354/.2010.10164.
- El Azote (1921). A las mujeres. *El Azote. Órgano defensor de los obreros*, Talca.
- El Trabajo. (1907). Bibliografía. *El Trabajo. Órgano de la Sociedad Combinación Mancomunal de Obreros* (Coquimbo), v II, n. 76.
- Foucault, M. (2014). *Historia de la sexualidad: 1 La voluntad de saber*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Franqueza. (1914). Notas y comentarios sobre Neo-Malthusianismo. *La Batalla. Periódico anarquista* (Santiago), v II, n. 38.
- Gárate Becerra, M. (2010). *Mujer, amor libre y sexualidad en el discurso anarquista de principios del siglo XX*. Tesis de Licenciatura en Historia. Santiago de Chile: Universidad Andrés Bello. Recuperado de: <https://bit.ly/3oHBpma>.
- Girón Sierra, A. (2018a). De redes informales a historias cruzadas: Barcelona-Buenos Aires y la gestión libertaria del conocimiento científico hacia 1900. En: Girón Sierra, A.; Hochadel, O.; Vallejo, G. (eds.). *Saberes transatlánticos: Barcelona y Buenos Aires: Conexiones, confluencias, comparaciones (1850-1940)*. Barcelona: Ediciones Doce Calles. p. 159-186.
- Girón Sierra, A. (2018b). Eugenesia y anarquismo en el primer neomalthusianismo libertario barcelonés, 1896-1915. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 25, supl. 1, p. 87-103. doi: 10.1590/S0104-59702018000300006.
- Greztoso, S. (1995). *La "cuestión social" en Chile. Ideas y debates precursores (1804- 1902)*. Santiago: Ediciones de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos.
- Greztoso, S. (2007). *Los anarquistas y el movimiento obrero. La alborada de "La Idea" en Chile, 1893-1915*. Santiago: LOM Ediciones.
- Hutchison, E. Q. (2001). From "La mujer esclava" to "La mujer limón": Anarchism and Politics of Sexuality in early-twentieth-century Chile. *Hispanic American Historical Review*, v. 81, n. 3-4, p. 519-553.
- Jiles Moreno, X. (1992). *De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile*. Santiago de Chile: Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS). Recuperado de: <https://bit.ly/3IVqvHB>.
- Jiménez-Lucena, I. (2014). (Des)estabilizando políticas sexuales en un contexto de lucha hegemónica: La revista libertaria Salud y Fuerza (1904-1914). En: Campos, R.; González de Pablo, Á.; Porras Gallo, M. I.; Montiel, L. (eds.). *Medicina y poder político. XVI Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*. Madrid: SEHM-UCLM. p. 109-113.
- Kolney, F. (1905). Discurso sobre el Neo-Malthusianismo. *El Nuevo Malthusiano* (Barcelona), n. 1, p. 3.
- La Ajitación. (1905). Jeneración voluntaria. *La Ajitación. Publicación semanal libertaria* (Estación Dolores), v I, n. 9.
- La Brecha. (2016). Dossier: Anarquismo en América Latina. *La Brecha. Revista anarquista de Historia y Ciencias Sociales*, v. 2, n. 3, p. 11-67.
- Lagos Mieres, M. (2009). *¡Viva la anarquía! Sociabilidad, vida y prácticas culturales anarquistas, Santiago y Valparaíso (1890-1927)*. Tesis de Maestría en Historia. Santiago de Chile: Universidad de Santiago de Chile.
- Lagos Mieres, M. (2017). *El anarquismo y la emancipación de la mujer en Chile (1890-1927)*. Santiago de Chile: Editorial Quimantú.
- La Luz. Periódico Anarquista* (Santiago). (1903). v II, n. 21, p. 3-4.
- Lavrin, A. (2005). *Mujeres, feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay, 1890 y 1940*. Santiago de Chile: Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos - Centro de Investigaciones Diego Barros Arana. Recuperado de: <https://bit.ly/3GqFXDs>.

- Lejo Pica, S. (1914). El Neo-Malthusianismo. *La Batalla. Periódico anarquista* (Santiago), v. II, n. 41.
- Luz y Vida. (1914). ¡“A la huelga!” (Rebelde). *Luz y Vida. Periódico obrero de propaganda anarquista* (Antofagasta), v. VII, n. 68, p. 2.
- Malthus, T. R. (1970). *Primer ensayo sobre la población*. Madrid: Alianza Editorial.
- Masjuan, E. (2000). *La ecología humana en el anarquismo ibérico: Urbanismo “orgánico” o ecológico, neomalthusianismo y naturismo social*. Barcelona: Icaria.
- Meloni, C. (2019). *Paul B. Preciado y la sonrisa de los cocodrilos: Una entrevista desde Urano*. Parte II. Recuperado de: <https://bit.ly/3DKk00u>.
- Molero-Mesa, J.; Jiménez-Lucena, I.; Tabernero-Holgado, C. (2018). Neomalthusianismo y eugenesia en un contexto de lucha por el significado en la prensa anarquista española, 1900-1936. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 25, supl. 1, p. 105-124. doi: 10.1590/S0104-59702018000300007.
- Morris, J. O. (1967). *Las élites, los intelectuales y el consenso. Estudio de la cuestión social y el sistema de relaciones industriales en Chile*. Santiago de Chile: Editorial del Pacífico.
- Moulián, T.; Torres Dujisin, I. (1987). *Concepción de la política e ideal moral en la prensa obrera, 1919-1922*. Programa FLACSO-Santiago de Chile, n. 336. Recuperado de: <https://bit.ly/3GAo1qg>.
- Muñoz Cortés, V. (2013). *Sin Dios ni patronos. Historia, diversidad y conflictos del anarquismo en la región chilena (1890-1990)*. Valparaíso: Mar y Tierra Ediciones. Recuperado de: <https://bit.ly/30g5FLE>.
- Nash, M. (ed.). (1984). *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*. Barcelona: Ediciones del Serbal.
- Pacheco, L. (2007). *El sexo de la ciencia*. México: Universidad Autónoma de Nayarit.
- Palomera Valenzuela, A. (2017). Mujer, control natal y sexualidad en los anarquistas clásicos y neomalthusianos. *Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales*, v. 12, n. 16, p. 35-51. Recuperado de: <https://bit.ly/3EJh0mo>.
- Prado, A. (2011). *Matrimonio, familia y Estado: Escritoras anarcofeministas en La Revista Blanca (1898-1936)*. Madrid: Fundación de Estudios Libertarios Anselmo Lorenzo.
- Prieto Borrego, L. (2017). Mujer y sexualidad en el anarquismo. *La Brecha. Revista Anarquista de Historia y Ciencias Sociales*, v. 3, n. 4, p. 29-39.
- Ramou, A. (1908). Exhortación. *La Palanca. Publicación feminista de propaganda emancipadora* (Santiago), v. I, n. 5, p. 52-53.
- Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En: Vance, C. S. (comp.). *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Editorial Revolución. p. 113-190. Recuperado de: <https://bit.ly/3yfk7jv>.
- Salud y Fuerza (1904). Objetivos. *Salud y Fuerza. Revista Mensual de la Liga de Regeneración Humana. Procreación consciente y limitada* (Barcelona).
- Salud y Fuerza (1906). *Salud y Fuerza. Revista Mensual de la Liga de la Regeneración Humana. Procreación consciente y limitada*, p. 36.
- Salud y Fuerza. (1908). Por telégrafo sin hilos. *Salud y Fuerza. Revista Mensual de la Liga de la Regeneración Humana. Procreación consciente y limitada* (Barcelona), v. V, n. 23, 1908, p. 312.
- Sánchez Villa, M. C. (2017). *Entre materia y espíritu. Modernidad y enfermedad social en la España liberal (1833-1923)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).
- Sau, V. (1990). *Diccionario ideológico feminista*. Barcelona: Icaria.
- Yedra. (1908). Fecundidad. *La Palanca. Publicación feminista de propaganda emancipadora* (Santiago). v I, n. 2.

La eugenesia y sus validaciones: Sobrevolando discursividades e instituciones argentinas del siglo XX

Marisa Miranda¹

Consideraciones preliminares e imprescindibles²

Al proponernos indagar en torno al locus ocupado por la eugenesia en diversos ámbitos científicos, de un contexto sociopolítico dado, resulta fundamental revisar algunas cuestiones respecto a los espacios de validación de sus hipótesis. Así, más allá de que la disciplina sistematizada por Francis Galton en el siglo XIX bajo aquel nombre —proveniente de la conjunción de los vocablos griegos *eu-genes*, de buen linaje— dejara expuesta una verdadera tensión epistémica en torno a su calificativo como ciencia, utopía o ideología (Kevles, 1985; Palma, 2005), corresponde cuanto menos desentrañar aspectos centrales de un campo caracterizado por la integración transversal de diversos ámbitos del conocimiento que involucraron, fundamentalmente, dos áreas normativas por excelencia: la medicina y el derecho.

En este sentido, nuestro abordaje procura aportar insumos para analizar los ámbitos de validación de la eugenesia en la Argentina con el fin de contribuir, desde ahí, a (re)pensar el estatus epistemológico por ella detentado.

Para hacerlo, debemos recordar que, tanto en su teoría como en su praxis, la eugenesia (al menos en la formulación ortodoxa que impregnó al campo argentino desde la década de 1930) puede ser leída como un mecanismo de reacción biopolítica de las elites quienes, además, la avalaron como “discurso autorizado” desde la ciencia. Característica que resulta excedentaria del marco local y que impregnó aquella disciplina decimonónica ya desde sus orígenes³.

A su vez, si todo discurso, sea cual fuere su contexto de emergencia y justificación, dista mucho de ser neutral, podemos convenir que las áreas científicas que integraron —y fueron atravesadas por— la eugenesia, aportaron insumos fundamentales al

¹Doctora en Ciencias Jurídicas. Posdoctoranda en Ciencias Sociales. Investigadora principal, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, con sede en el Instituto de Cultura Jurídica, Facultad de Ciencias Jurídicas, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina.

²Trabajo realizado en el marco de los proyectos: *Ciencia, racismo y colonialismo visual*, PID2020-112730GB-I00 (Ministerio de Ciencia e Innovación de España-Agencia Estatal de Investigación) y *Una genealogía de las biopolíticas eugénicas en la Argentina (1880-1980)*, PIP 11220200100407CO (CONICET, Argentina).

³Cabe traer a colación el concepto que tuviera Galton entre sus contemporáneos toda vez que, lejos de pensarse como “inofensivas reflexiones de un excéntrico demente de la época victoriana”, el primo de Darwin era uno de los intelectos más importantes de su tiempo (Gould, 2004, p. 93).

momento de conformar una argumentación compatible con algunos principios por entonces afianzados, aunque también, con ciertos prejuicios sociales a la sazón firmemente arraigados. Para ello, la estigmatización del “otro” en cuanto “ser inferior”, abarcaría desde inmigrantes indeseables hasta delincuentes, enfermos, o pobres.

Dicho esto, en las siguientes páginas sobrevolaremos algunos aspectos de las principales entidades dedicadas a estudiar y difundir el ideario eugénico en el marco espacial en estudio, con el fin de exhumar —desde ahí— sus validaciones académicas y científicas. En particular, focalizaremos en la Liga Argentina de Profilaxis Social, fundada en 1921; en la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenésia y Medicina Social, creada en 1932; y en la Sociedad Argentina de Eugenésia, que viera la luz en 1945; así como en la única Facultad de Eugenésia del mundo donde, a finales de la década de 1950, se instrumentó la carrera que otorgaba el título de licenciado eugenista humanólogo, organizada por la Universidad del Museo Social Argentino (Vallejo & Miranda, 2017).

A su vez, debe tenerse presente que el concepto de eugenésia tal como se conformó en el ámbito latino, en general, y en la Argentina, en particular, emergió y se sostuvo a partir de cierta disociación del factor “raza”, entendida en el tradicional sentido biológico, para acercarse más a la idea de otredad. Una otredad que tampoco se mantuvo idéntica a sí misma, sino que fue variando durante el tiempo. Ciertamente, podemos reconocer algunas distancias entre el “ser disgénico”⁴ señalado por la eugenésia de la década de 1930 y el identificado en la de 1970; aun cuando tales diferencias implicaron, en lo sustancial, más continuidades que cambios respecto al enfoque de características autoritarias con el que fue modulada esa biopolítica, inclusive más allá de este país latinoamericano en particular.

Ahora bien, en el camino recorrido por la eugenésia en la Argentina se pueden distinguir diversos estadios. Entre ellos, nos ocuparemos de los períodos que hemos denominado de recepción de la tesis (1883-1930) y consolidación del campo (1930-1945), para concluir con el tardoeugenismo posterior a la segunda posguerra y su pervivencia hasta la última dictadura cívico-militar (1976-1983) (Miranda, 2007).

El estadio inicial es el comprendido por el período que va desde la enunciación formal de la disciplina por Francis Galton (1883) hasta la irrupción en el país de la biotipología de Nicola Pende⁵ en 1930. En este lapso, la recepción tética de la eugenésia estuvo directamente vinculada a una creencia más o menos generalizada sobre su utilidad —ya fuera para la humanidad toda, ya para ciertos grupos— probable razón por la cual integró el programa de los más variados sectores del espectro político⁶. Por entonces, la “ciencia de Galton” fue visualizada desde diversas aristas que oscilaron entre su consideración como un insumo básico para el progreso y la nivelación

⁴Vocablo derivado del término *disgenesia* (del griego *δυσ-*, prefijo que significa dificultad o anomalía, y *γένεσις*, sustantivo traducido al español como génesis, origen o principio de algo), utilizado en oposición a la eugenésia.

⁵Nicola Pende (1880-1970) fue una reconocida figura del campo médico y social en Italia, en la primera mitad del siglo XX. Se formó en la escuela constitucionalista de Giacinto Viola, afirmando una orientación interesada en integrar preceptos clásicos y religiosos a saberes modernos (Galera, 2005; Vallejo, 2004, 2005; Cassata, 2006).

⁶Adoptamos aquí las lógicas de recepción descriptas por Glick y Henderson (1999).

de los grupos sociales más desposeídos, hasta su valoración como un recurso legitimador de múltiples gradaciones y exclusiones. De esta manera, lejos de sugerir aquí una apropiación correctiva o cuasicientífica de la tesis del primo de Darwin en el medio local, cabe afirmar que las hipótesis centrales de la eugenesia constituyeron una batería teórica legitimadora de una mejora infinita de las condiciones sociales en las cuales nacían y se desarrollaban los individuos; aun cuando también dieron lugar, en paralelo, a una propuesta de selección artificial que, pretendiendo anticiparse a la propia obra de la naturaleza, propició impedir de antemano a los “menos aptos” su participación en la *struggle for life* [lucha por la vida], augurándoles que saldrían “perdedores”. En este marco ideológicamente polisémico, luego de la iniciativa de Víctor Delfino de crear en 1918 la Sociedad Eugénica Argentina (Vallejo, 2018), se fundaría, en 1921, la Liga Argentina de Profilaxis Social, institución que se mantendría en activo durante muchas décadas.

Sin embargo, ese impacto inicial de la eugenesia dejaría paso a una propuesta monocromática organizada por el fascismo: la biotipología del endocrinólogo italiano Nicola Pende; médico que, luego de su viaje a la Argentina en 1930, influiría de manera determinante en el medio local, a punto tal de organizarse, en 1932, y en estricta observación de su tesis, la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social. A partir de entonces, se procuraría identificar el “mal”, que para Pende podía estar presente aun en individuos sanos en apariencia, para repelerlo desde el aparato estatal.

Esta etapa, cuyo inicio formal coincidió con la visita de Pende y se extendió sin mayores sobresaltos hasta el inicio de la segunda posguerra, es la que hemos denominado período de consolidación del campo.

No obstante, tras los primeros quince años de pervivencia de esta entidad, ocurrió un significativo cimbronazo en el interior de ese andamiaje institucional organizado bajo la mirada del fascismo, cuyo origen estuvo vinculado más a cuestiones imputables a la coyuntura política local que a revisiones de la cosmovisión pendeana. En este contexto, un grupo de miembros de la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social, liderado por el jurista Carlos Bernaldo de Quirós, creaba en 1945 la Sociedad Argentina de Eugenesia. Esta entidad privada se afirmaría, en el período del tardoeugenismo, como la principal representante de una eugenesia crítica de la política sanitaria peronista, aunque igualmente cercana a la biotipología italiana; manteniéndose activa hasta la década de 1980. Sin embargo, se impone destacar la sinergia con la que actuaron los principales miembros de estas instituciones en muchas oportunidades. De ahí que, a menudo, integrantes de la Liga también participaban de la Asociación de Biotipología y, luego, de la Sociedad Argentina de Eugenesia; ocupando a la vez cátedras universitarias correspondientes a sus disciplinas de base.

Ahora bien, más allá del concepto mismo de ciencia prevaleciente en nuestro medio durante cada período sujeto a análisis, podemos acordar que la medicina —en primer término— y el derecho —algo más lejos—, eran por entonces, y quizás más que ahora, disciplinas consideradas eminentemente “científicas”. En efecto, si la ciencia médica permitía detectar a los “ineptos” se requeriría de la ciencia jurídica

para “disponer” de ellos, y establecer sus prerrogativas y límites. De manera que, advirtiendo la transversalidad epistémica de la eugenesia en la cual aquellas áreas del saber ocupaban un lugar protagónico, cabe convenir que, cuanto menos al interior de la ortodoxia eugénica, no existían cavilaciones sobre su verdadero carácter científico⁷. Y sería esta la circunstancia que permitió que prestigiosos médicos y abogados validaran las premisas eugenésicas desde reconocidísimos ámbitos institucionales.

La validación de la eugenesia desde un espacio específico: la Liga Argentina de Profilaxis Social

En 1921, el médico Alfredo Fernández Verano junto a otros reconocidos profesionales como José C. Belbey, Osvaldo Loudet, Julio Iribarne, Carlos S. Damel, Oreste Calcagno, José J. Puente, Páride T. Panza, Alberto Cildo, Oscar Bonfiglio, Vicente A. Fiori, Julio Prebisch, Horacio C. Trejo, Pedro Pinto y Marcos A. Victoria fundaron la Liga Argentina de Profilaxis Social; institución integrada, además, por figuras emblemáticas tales como Gregorio Aráoz Alfaro, Mariano R. Castex, Alberto Peralta Ramos, Alfredo L. Palacios, Augusto Bunge y Manuel V. Carbonel (Fernández Verano, 1933).

Esta entidad contó con el patrocinio del Círculo Médico Argentino y del Centro de Estudiantes de Medicina (Liga Argentina de Profilaxis Social, 1921), estando ya firme, por entonces, la decisión de integrar el pensamiento eugénico a diversas estrategias para combatir las enfermedades venéreas. Precisamente, la tesis doctoral de Fernández Verano, titulada *La medicina social en la República Argentina* —apadrinada por Emilio Coni y presentada en la Universidad de Buenos Aires en 1921— se ocupaba de la eugenesia en su primer capítulo, que fuera publicado años después bajo el título *Las doctrinas eugénicas (ensayo de sistematización)* (Fernández Verano, 1929). Y esta tesis íntegra —con ínfimas variaciones en relación al original— recién vio la luz en 1939, con prólogo de otro eugenista biotipólogo, Nicolás Greco, bajo el título *Para una patria grande un pueblo sano* (Fernández Verano, 1939).

Desde sus inicios, la Liga se encargó de enfatizar la profilaxis de esas patologías “vergonzantes”, publicando innumerables folletos de divulgación y brindando conferencias y charlas radiales de gran impacto. Asimismo, la Liga de Fernández Verano comienza a organizar eventos cuya significativa repercusión excedió el ámbito local, para proyectarse al exterior. Esta ampliación del horizonte indujo a su mentor a pensar —y también, claro está, a autopercebirse— que la Liga se constituía en referente internacional (Miranda, 2012).

En este marco, en 1935 se realiza la primera celebración conjunta entre la Argentina, Brasil y Uruguay de un evento que luego tendría varias reediciones, y que expresara como propósito fundamental la difusión de los peligros de las enfermedades venéreas, estableciéndose en la ocasión como “día antivenéreo” el primer

⁷Vale destacar, empero, la presencia de cierto pensamiento heterodoxo, encarnado en figuras como la del médico Bartolomé Bosio; circunstancia que amerita ser interpretada como advertencia de fisuras paradigmáticas fundadas, cuanto menos, en impostergables cuestionamientos éticos (Miranda, 2011).

domingo de septiembre de cada año (Liga Argentina de Profilaxis Social, 1936). Cabe destacar que, por entonces, la cuestión preocupaba sobremanera a funcionarios, científicos e intelectuales de la región, no debiendo resultar extraña las participaciones en aquella reunión inicial del director del Departamento de Higiene Sexual del Ministerio de Salud Pública de Montevideo, Héctor del Campo; del vicepresidente de la Liga brasileña de Higiene Mental, Julio Porto-Carrero; del profesor titular de Dermatosifilografía de las facultades de Ciencias Médicas de La Plata y de Buenos Aires, Nicolás Greco; así como de la presidenta de la Comisión de Moralidad Pública de la Alianza Internacional de Mujeres, Paulina Luisi; y de Alicia Moreau de Justo.

Los alcances internacionales de esta campaña permitieron que, a la segunda celebración del “día antivenéreo”, en 1936, adhirieran diez países, ampliándose así en tan solo un año a más del triple el número original de Estados impulsores de la conmemoración. Esa ampliación incluyó, además de los promotores (Argentina, Brasil y Uruguay), a Bolivia, Chile, Costa Rica, Paraguay, Perú, Portugal y Venezuela (Liga Argentina de Profilaxis Social, 1937).

En esa oportunidad, la directa asociación entre el problema venéreo y la cuestión eugénica fue advertida por diversas autoridades, entre las cuales cabe mencionar al subsecretario de Beneficencia del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto argentino, doctor Dívico Alberto Fürnkorn, y el presidente de la Comisión de Higiene y Asistencia Social de la Cámara de Diputados de la Nación, doctor Benito Soria (Liga Argentina de Profilaxis Social, 1937).

En septiembre de 1937 tuvo lugar la tercera celebración del “día antivenéreo”, manteniéndose estable el número de países adherentes a la jornada (Liga Argentina de Profilaxis Social, 1938). Al año siguiente, la cuarta reunión de esta naturaleza fue presentada por sus organizadores argentinos como una fecha panamericana (Liga Argentina de Profilaxis Social, 1939). Esta ampliación del impacto geográfico de la labor de la Liga Argentina llevó a titular la publicación de su quinta celebración con un omnipotente título: *Una cruzada continental en defensa de la salud de la raza* (Liga Argentina de Profilaxis Social, 1940); destacándose la incorporación a la celebración del reconocido penalista español y exiliado franquista en la Argentina, el doctor Luis Jiménez de Asúa, quien continuaría luego, y por muchos años, muy cercano al accionar de la Liga.

Durante los fastos realizados en 1940 en conmemoración de la sexta edición del “día antivenéreo”, se retomaba la consigna que imponía tender a la “eugениzación del continente”, como respuesta americana a la guerra que se estaba desarrollando en Europa y a la que se atribuía responsabilidad como factor disgénico (Liga Argentina de Profilaxis Social, 1941). En esta empresa ya estaban involucrados Uruguay, mediante el Departamento de Higiene Sexual del Ministerio de Salud Pública; Brasil, a través de la Liga Brasileña de Higiene Mental de Río de Janeiro y de la Inspección de Profilaxis de la Sífilis y Enfermedades Venéreas del estado de São Paulo; Perú, gracias a la acción de la Liga Nacional de Higiene y Profilaxis Social presidida por Carlos Bambarén; Chile, merced a la tarea de Waldemar Coutts, a

cargo de la Dirección del Departamento de Higiene Social de la Dirección General de Sanidad; Paraguay, por intermedio del Instituto de Venéreo-Sífilis de Asunción; Bolivia, mediante la Dirección de Sanidad Militar y el Departamento Nacional de Higiene y Salubridad Pública; Venezuela, a través del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; y Costa Rica, gracias al empeño de A. Pena Chavarría, secretario de Estado en el Despacho de Salubridad Pública y Protección Social (Liga Argentina de Profilaxis Social, 1941). Muchos de estos representantes eran, a la vez, reconocidos sostenedores de la eugenesia.

Por su parte, las adhesiones al acto habidas en ocasión de la séptima celebración del “día antivenéreo”, de 1941, comprendieron las de la Oficina Sanitaria Panamericana (Washington), Bolivia, Costa Rica, Paraguay, Brasil y Uruguay (Liga Argentina de Profilaxis Social, 1942).

La decimoprimer celebración del “día antivenéreo”, llevada a cabo en 1945, contaría además con la incorporación de México (Liga Argentina de Profilaxis Social, 1948); mientras que Bolivia sería representada por un delegado del Ministerio de Higiene, Salubridad y Previsión Social y de la recientemente creada Sociedad Boliviana de Eugenesia (Liga Argentina de Profilaxis Social, 1948).

Teniendo en cuenta esta profusa labor, al año siguiente, el presidente argentino Juan Domingo Perón dictaría un decreto declarando “día de la higiene social” al primer domingo de septiembre; circunstancia anunciada con particular énfasis por el secretario de Salud Pública de la Nación, el médico Ramón Carrillo, durante la apertura de la décimosegunda celebración del “día antivenéreo” (Liga Argentina de Profilaxis Social, 1948).

Así, este breve recorrido permite advertir la validación de la eugenesia a partir de su anclaje en una institución argentina, de sesgo médico y alcance internacional, encargada de combatir las enfermedades de transmisión sexual. Institución que avalaría, durante toda su larga existencia, el diseño de políticas eugénicas en pos de la “salud de la raza”.

La validación de la eugenesia desde un espacio autónomo: la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social

A diferencia de Alfredo Fernández Verano, quien mantuvo pocos vínculos con ámbitos político-partidarios (al menos hasta la llegada de Perón al gobierno), Arturo Rossi y su hijo, el médico Arturo R. Rossi quedarían convertidos en uno de los ejemplos más representativos de esa unidad indisociable entre medicina y política de la que eran deudoras la eugenesia y, en particular, su versión italiana⁸.

Como hemos anticipado, esa unidad confluyó en una verdadera tesis biopolítica que, bajo el amparo de la biotipología de Pende, cruzó transversalmente las más variadas disciplinas normativas, desde la medicina hasta el derecho, procurando

⁸Para profundizar sobre el tema, ver Vallejo (2019).

su instrumentación efectiva en la gestión estatal. En este sentido, los lazos entre la Argentina y el régimen de Mussolini se acrecentaron de forma significativa después del golpe militar ocurrido en el país latinoamericano en setiembre de 1930, en coincidencia con el arribo de Pende a Buenos Aires y con la posterior misión oficial encomendada por el nuevo gobierno dictatorial del general José Félix Uriburu a los médicos Arturo R. Rossi y Octavio López con el objeto de estudiar en la escuela italiana de Pende.

A lo largo de su estancia en Europa como delegado oficial de nuestro país, Rossi se especializó en medicina constitucional y biotipología, curso de un año de duración, en la Clínica Médica e Instituto Biotipológico Ortogenético de la Real Universidad de Génova, y obtuvo el certificado de médico constitucionalista y biotípologo, suscripto —precisamente— por Nicola Pende (Rossi, 1940). Conferencias, cursos y diversas designaciones oficiales signaron su estancia en el Viejo Continente, otorgándole el reconocimiento suficiente para que, a su regreso, quedara constituido en una verdadera autoridad científica en esa novel área del saber. Así las cosas, y tras el regreso al país de Arturo R. Rossi y López, se fundaba en febrero de 1932 la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social, cuyas presidencias fueron ejercidas por Mariano Castex, Nicolás Lozano, José María Paz Anchorena y Raúl Novaro (Rossi, 1940). Esa entidad civil, apoyada desde el Estado —tanto en lo económico como en lo institucional— sería nacionalizada e incorporada dentro de la esfera de la Secretaría de Salud Pública de la Nación (Miranda & Vallejo, 2004).

La inserción de Rossi en ámbitos científicos y académicos argentinos, más allá del ejercicio del cargo de director y profesor titular de la Escuela Politécnica de Biotipología y Asignaturas Afines, involucró también a la Universidad de Buenos Aires, donde en 1932 fue designado jefe de la sección Medicina Constitucional de la primera cátedra de Clínica Médica de la Facultad de Medicina. Sin embargo, no debemos olvidar que antes de su viaje a Italia, ya en 1928, Arturo R. Rossi actuaba como profesor de Microbiología y Parasitología de la Escuela de Visitadoras de la Cruz Roja Argentina y, hacia 1929, como profesor de Puericultura de la Escuela de Samaritanas de esa institución (Rossi, 1940).

Además, durante su permanencia en Europa, Rossi ofició como corresponsal argentino del diario *La Razón* (de Buenos Aires) y de *El Día Médico*. Luego, en 1937 fue designado corresponsal de la revista *O Hospital*, de Río de Janeiro y de la *Rivista di Medicina Sociale*, editada en Roma; y, al año siguiente, de la *Rivista di Endocrinologia e Patologia Costituzionale*, editada en Bolonia y dirigida por Giacinto Viola y Nicola Pende; de la revista de la *Société Française de Biotypologie*, de París y de la *Revista de Endocrinologia e Constituição de São Paulo*, Brasil. Por entonces también, actuó como redactor del diario *La Capital*, de Rosario (Rossi, 1940).

Este médico, que en 1939 fuera nombrado por el rey de Italia como comendador de la Corona, en “mérito al intercambio cultural y científico” entre la República Argentina y esa nación europea (Rossi, 1940, p. 19), afirmarí su protagonismo en la biotipología local ejerciendo el cargo de director de la publicación oficial de la Asociación por él fundada: los *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*. Aprovechando esa tribuna para enfatizar con frecuencia la tesis de que el problema racial era reductible a un argumento de “biología política” (Rossi, 1941, p. 13).

Ahora bien, cuando su padre Arturo Rossi falleció en 1942, tuvo a su cargo la tarea de organizar el número especial de los *Anales de Biotipología*, pensado para recordar sus diez años de existencia. Poco después, Arturo R. Rossi publicó los tres voluminosos tomos del *Tratado teórico práctico de biotipología y ortogénesis* (Rossi, 1944) dedicados a su padre y, junto a Donato Boccia, tendrían a su cargo la traducción al español del *Tratado de biotipología humana, individual y social con aplicaciones a la medicina preventiva, a la clínica, a la política biológica y a la sociología*, escrito por Pende (Pende, 1947). Estas tareas fueron el colofón de la trayectoria científica de Arturo R. Rossi, quien falleció tres años después que su padre, el 30 de junio de 1945.

Asimismo, más allá de estas figuras emblemáticas de la eugenesia durante el período de consolidación del campo, la institución fundada en 1932 también estuvo integrada por otras personalidades de referencia en el campo científico. Entre ellas, puede mencionarse, por ejemplo, a Gregorio Aráoz Alfaro, Federico Aberastury, Mariano Barilari, Josué Beruti, Gonzalo Bosch, Mariano Castex, Víctor Mercante, José María Paz Anchorena, Alberto Peralta Ramos, entre otros reconocidos profesionales, quienes fueran mencionados ya desde el primer ejemplar de la revista (*Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, 1933). Por otra parte, en uno de los últimos números de esta publicación, compartieron espacios Carlos Bernaldo de Quirós, Josué Beruti, Oscar Ivanissevich, Gustavo Martínez Zuviría y Enrique Romero Brest (*Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, 1943).

De esta manera, el eugenismo argentino habría logrado validar su propuesta, deudora indiscutible de la italiana, merced a la creación de una entidad específica nutrida fundamentalmente desde la medicina y el derecho, saberes cuya ortodoxia propiciaba sin cavilaciones la necesidad de integrar a ellos la teoría eugénica.

La validación de la eugenesia en la universidad y la academia

Enrique Díaz de Guijarro, un abogado especializado en Derecho Civil y, desde 1945, activo miembro de la Sociedad Argentina de Eugenesia, propondría —en oportunidad de las Segunda Jornada Peruana de Eugenesia, celebradas en Lima en 1943— la creación de cátedras de eugenesia en las facultades de Ciencias Médicas y de Derecho, recomendando además darle preferente atención a la temática también en las de Ciencias Económicas (Díaz de Guijarro, 1943).

Para fundamentar su propuesta, Díaz de Guijarro había relevado el estado actual de la enseñanza de esa disciplina en diversos ámbitos académicos universitarios de la Argentina. Aquella exégesis pretendía probar su afirmación respecto a la inexistencia en las universidades argentinas de una asignatura destinada al estudio integral de la ciencia de Galton, la cual —denotando un carácter “eminente social”— abarcaba “problemas de tres órdenes distintos: médicos, legales y económicos” (Díaz de Guijarro, 1943, p. 19). El autor revisaba en primer término la enseñanza de esa disciplina en las facultades de Ciencias Médicas del país, señalando la carencia de una cátedra de “eugenesia biológica”, aun cuando destacaba que en algunos cursos de Higiene se le prestaba cierta atención. Entre ellos, mencionaba como ejemplo las

cátedras de Higiene, de la Escuela de Medicina y de Higiene y Medicina Social, del curso de Visitadoras de Higiene Social a cargo del profesor Alberto Zwanck, por entonces un alto funcionario de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. Así como también reconocía la labor en tal sentido de la cátedra de Higiene y Medicina Social, de la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario, a cargo de Francisco Alborno (Díaz de Guijarro, 1943). Sin embargo, criticaba la carencia de su abordaje en los programas de Obstetricia (“no puede prescindirse de la eugenesia cuando se trata de la madre”), para detenerse en particular en su ausencia en la Escuela de Obstetricia de la Facultad de Medicina de Buenos Aires⁹. Díaz de Guijarro recordaba una carta que le habría enviado Enrique A. Boero, profesor de esa escuela, donde se aseguraba que la eugenesia no había sido encarada hasta entonces, como merecía “tan importante ciencia”, es decir, focalizando en el “conocimiento de todos los factores que deben tenerse en cuenta para conseguir un origen puro al recién nacido”. Por otra parte, los programas de puericultura tampoco debían quedar ajenos al estudio de la eugenesia, ya que “el estudio del niño no puede prescindir de su situación hereditaria” (Díaz de Guijarro, 1943, p. 21-22).

Desde la perspectiva de este jurista, era aconsejable incluir en las cátedras de Medicina Legal una exposición sistemática de los principios eugénicos, cuya ausencia —al menos, terminológica— se encarga de enfatizar. No obstante, cabe remarcar que estas cátedras estaban por entonces ocupadas por conocidos eugenistas, como Nerio Rojas, en las facultades de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires y de La Plata; José Belbey, en la Universidad Nacional de La Plata; Ariosto Licurzi, en la Universidad Nacional de Córdoba y Raimundo Bosch, en la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario, circunstancia que nos permite inferir que el enfoque disciplinar dado en ellas incluía la perspectiva dada por la ciencia de Galton. Asimismo, las quejas del abogado civilista llegaban hasta la asignatura Historia de la Medicina, creada por Juan Ramón Beltrán en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, donde solo se enseñaba la eugenesia en perspectiva histórica (Díaz de Guijarro, 1943).

Paralelamente, Díaz de Guijarro destacaba que el abordaje de la eugenesia en las facultades de Derecho detentaba particular interés en cuanto a la regulación de distintas facetas, desde el matrimonio y sus impedimentos (por el derecho civil), hasta el aborto eugenésico (por el derecho penal), pasando por el derecho administrativo, en cuanto a la normativa vinculada a la “policía sanitaria y de las costumbres”. No obstante, y más allá de que los profesores Juan Carlos Rébora y José Peco (Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata); y Rodolfo Doglioli (Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de Santa Fe), se ocuparan de la eugenesia, lo hacían —según él— de una manera más o menos parcial o complementaria, y siempre en el marco de sus estudios específicos (Díaz de Guijarro, 1943).

Sin embargo, el derecho eugenésico como tal —esto es, considerado de manera autónoma— no integraba los currículos académicos a excepción del emprendimiento de quien luego fuera el exponente más significativo del tardoeugenismo: Carlos Bernaldo de Quirós.

⁹Para un abordaje de la trascendencia otorgada a la madre por la eugenesia, ver Miranda (2020).

En efecto, Carlos Hermenegildo Bernaldo de Quirós fue el más prolífico abogado argentino abocado al estudio de la eugenesia y se destacaría por sus iniciativas en torno a la gestación de una particular rama del derecho: el derecho eugénico argentino. En este sentido, además de participar de la Asociación Argentina de Biotipología y Medicina Social de Buenos Aires, institución de la cual fue uno de sus fundadores y primer profesor titular (honorario) de la cátedra de Eugenesia Jurídica y Social de la Escuela Técnica de Biotipología, Bernaldo de Quirós tenía frondosos antecedentes, muchos de ellos vinculados de manera directa a la materia. Así, entre otras cosas, ya antes de 1945, había actuado como miembro honorario del Círculo de Médicos Legistas de Rosario; consejero del Museo Social Argentino; presidente del Instituto Argentino de la Población (Museo Social Argentino), miembro honorario de la Sociedad Mexicana de Eugenesia, abogado titular del Banco Hipotecario Nacional y ex presidente del Superior Tribunal de Justicia de La Rioja y de la comisión sobre Natalidad, Nupcialidad, Morbilidad y Mortalidad del Primer Congreso Argentino de la Población, de 1940 (Bernaldo de Quirós, 1943).

En cuanto a su labor docente, con el transcurso del tiempo, se concentraría en el Museo Social Argentino, donde el reconocimiento que detentaba lo llevó a constituirse en rector de esa Universidad en el bienio 1962-1964 y decano de la Facultad de Eugenesia en diversos períodos. Pese a que su inserción institucional en universidades públicas fue mucho más limitada, se le reconoce como impulsor —en 1942— de la Cátedra Libre de Derecho Eugenesico Argentino, dictada en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata, durante la presidencia de Alfredo Palacios y el decanato de Luis Ricardo Longhi (Miranda, 2013). Según Quirós, sus clases se desarrollaron en ese ámbito de manera ininterrumpida y gratuita durante cinco años, “desapareciendo bajo Perón (1946)” (Bernaldo de Quirós, 1957, p. 39).

Sin embargo, los logros institucionales más significativos obtenidos por este abogado quedan condensados en la fundación de la Sociedad Argentina de Eugenesia en 1945 (circunstancia que le valiera su incorporación, en 1946, como miembro de número de la Academia de Ciencias de Buenos Aires) y en la creación, en 1957, de la única Facultad de Eugenesia del mundo, en la órbita del Museo Social Argentino.

En cuanto a su actuación en la Academia Nacional de Ciencias pueden mencionarse diversas conferencias. Entre ellas, la titulada “Dimensión eugenésica” (Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires, 1946). Años más tarde, Quirós pondría que en alguna de las secciones de la Academia se incluyera la especialidad de Humanología, disciplina que ese abogado pretendía superadora de la eugenesia, quedando empero en suspenso tal decisión. La humanología era, precisamente, un área sobre la que Quirós pondría gran empeño para lograr su reconocimiento institucional en ese ámbito, circunstancia que se aprecia tanto en su propuesta formal efectuada en la sesión del 11 de agosto de 1960, como en su conferencia titulada “Humanismo humanológico”, brindada en la sesión del 10 de octubre de ese año (*Anales de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires*, 1965, p. 294-296). Por otra parte, la Academia también se manifestaría orgullosa con la designación de Quirós, en 1962, como presidente del Museo Social Argentino y rector de su Universidad (*Anales de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires*, 1965, p. 305).

A modo de síntesis, cabe señalar que tanto Díaz de Guijarro como Quirós fueron los actores por excelencia del tardoeugenismo local. En efecto, junto al descrédito universal de los estudios sobre eugenesia luego del nazismo, ambos juristas fueron los máximos responsables de la consecución de esta disciplina luego de 1945 y hasta entrada la década de 1970, aun cuando con el transcurso del tiempo se advierte una merma en el peso intelectual de sus seguidores y, a la vez, un paralelo incremento de los vínculos endogámicos entre los egresados de la Facultad de Eugenesia. De hecho, si bien Carlos Bernaldo de Quirós estuvo acompañado por algunas figuras de marcada trayectoria en el campo eugénico, como Donato Boccia, Leonardo Colombo, Juan Cuatrecasas, Guillermo Garbarini Islas, Lázaro Sirlin, Benjamín Spota y Mercedes Rodríguez de Ginocchio, se vislumbra una progresiva colaboración de profesionales que recién estaban haciendo sus primeras armas en la especialidad. Por ejemplo, en la organización de la Segunda y Tercera Jornada de Eugenesia Integral (1961 y 1970) puede apreciarse que el principal antecedente curricular mencionado por gran parte de sus conferencistas consistía en haber egresado de la carrera organizada por Quirós (Colombo, 1956; Segunda Jornada Argentina de Humanismo Eugénico Integral, 1961; Asamblea General de la Sociedad Argentina de Eugenesia, 1961; Tercera Jornada Argentina de Humanismo Eugénico Integral, 1971).

Sin embargo, una excepción a esta especie de “endogamia devaluada” se encuentra en la relación existente entre Carlos Bernaldo de Quirós y el racista estadounidense Paul Popenoe. En efecto, en la Tercera Jornada de Humanismo Eugénico Integral que tuvieron lugar en Buenos Aires en 1970, Popenoe presentaría un trabajo bajo el sugerente título “La pregunta olvidada” (Popenoe, 1971). Mediante este interrogante, Popenoe reflexionaba sobre la eventual crisis atravesada por la familia, entendiendo que la “supervivencia y el progreso de la raza y de la nación” eran inseparables de una “vida familiar productiva y sana” (Popenoe, 1971, p. 7)¹⁰.

En cuanto a la difusión escrita de sus propuestas —en las cuales nuevamente derecho y medicina darían cabida a la eugenesia tardía maquillada como humanismo integral— la Sociedad Argentina de Eugenesia editaba dos revistas: *Estudios Eugénicos* y *Guía Eugénica*, cuya vida, empero, se debilitaría hasta desaparecer por completo a partir de la muerte de Quirós, en 1973. Momento en el cual la desactivación institucional de su Sociedad se haría más notoria, perdiéndose todo rastro de ella hacia finales de la última dictadura cívico-militar.

En definitiva, las validaciones de la eugenesia como conocimiento científico

Como hemos esbozado, en todas las entidades analizadas se destaca su concentración en la “mejora de la raza”, aun cuando cabe advertir también sobre cierta

¹⁰Sobre Popenoe, ver Stern (2010); para profundizar sobre las vinculaciones de este estadounidense con la Argentina, remitimos a Miranda y Bochicchio (En prensa, 2020).

diversidad en materia de sus objetos institucionales. En efecto, la Liga Argentina de Profilaxis Social se valió —operativamente— de la teoría de Galton para volcarla a su línea de trabajo principal, la profilaxis antivenérea; mientras que las otras dos se caracterizaron por la especificidad de sus objetivos, circunstancia que ya era aclarada en su propia denominación. Y se llegó al punto más álgido en 1957, merced a la fundación de la Facultad de Eugenesia.

Asimismo, vale recordar que la tesis en cuestión no quedó limitada a esas entidades, sino que ocupó otros espacios de validación del conocimiento científico, ya afirmados como “productores de verdad”. Como hemos visto, la promoción de la eugenesia fue avalada desde múltiples ámbitos que convalidaron su legitimidad, entre los que se encontraban universidades, publicaciones médicas y jurídicas, y tesis doctorales, amén del reconocimiento de las más emblemáticas figuras del eugenismo desde diversas instituciones científicas del país. De ahí que publicaciones de renombre, tales como la revista *La Semana Médica*, propagaran la “ciencia eugénica” entre sus lectores; y también, paralelamente, focalizaran en el tema diversas tesis doctorales como, por ejemplo, la de Alfredo Fernández Verano; y se designara a Carlos Bernaldo de Quirós como miembro de la Academia Nacional de Ciencias.

Para concluir, tan solo cabe enfatizar aquí la convicción del eugenismo argentino del carácter científico de su disciplina, tal como expresara Díaz de Guijarro en su voto de la Segunda Jornada Peruana de Eugenesia. Este jurista, en su afán de procurar la incorporación de la enseñanza de la eugenesia en los planes de estudios de las universidades, reclamaba:

...la comprensión de gobernantes y gobernados para los problemas vitales de esta disciplina. Comprensión, acabamos de decir: este es el más hondo y más grave problema para toda ciencia nueva, que siempre encuentra rebeldía, frialdad o indiferencia. La eugenesia, por cierto, ha sufrido estos males con angustia profunda. El falso pudor, la inconsciencia y el egoísmo se han opuesto, tenazmente, a la legislación reparadora de las debilidades físicas y volitivas del hombre. Se esgrime, con pretensión de argumento invulnerable, el derecho natural del hombre a contraer matrimonio y se alega que el impedimento —y el consiguiente certificado prenupcial— supeditan el fin espiritual y moral de las nupcias al fin material de la perfección física. Y a esto respondemos que no hay tal subordinación, porque cuando se exige a los futuros contrayentes el comprobante de su salud y se los obliga a curarse, lo que la ley eugenésica quiere es asegurar y preservar, por vía de la perfección física, el fin espiritual y moral, que es la más preciosa riqueza de la unión conyugal, que se enturbia cuando el hijo enfermo, por la tara hereditaria, constituye un perenne apóstrofe. La Universidad tiene el primer puesto en esa lucha. Ya lo han comprendido los profesores que en sus cátedras estudian diversos problemas eugenésicos. Por ello mismo, la eugenesia, como ciencia de la felicidad —según la acertada expresión del maestro Renato Kehl—, debe compartir, en paridad con las demás ciencias, la misión cultural de la Universidad, para que esta, con

toda su fuerza, pueda lograr plenamente la perfección del hombre, tanto en lo material como en lo anímico. (Díaz de Guijarro, 1943, p. 32-33)

Dicho esto, cabe dejar planteada la pregunta respecto a si la presencia del paradigma eugénico en los campos científicos y académicos ya consolidados era un requisito disciplinar constitutivo de la ciencia de Galton o, por el contrario, oficiaba como mero ensamblaje que resultaba funcional a una coyuntura sociopolítica dada.

Además, si recuperamos aquella transversalidad cognoscitiva de la eugenesia y recordamos, además, su pervivencia en el tiempo pese a cambios contextuales más o menos significativos, se infiere que el discurso de la eugenesia resultó excedentario a una mera idea de época, integrándose hasta fusionarse con los principios de la ciencia hegemónica. Precisamente, esa imbricación con los ámbitos académicos y científicos desde donde emanaban “discursos autorizados”, es decir, con el poder en su expresión más cabal, habilita pensar a la eugenesia argentina instaurada desde 1930 como una respuesta de las elites, de indudable sesgo racista, ante el temor sobre la emergencia de diversos procesos que harían peligrar sus privilegios. Temor que también puede ser considerado desde la impostergable lectura antinómica entre el “yo” y el “otro” (Todorov, 1991).

Así, se advierte que la tesis eugénica (o eugénico-biotipológica) permitió reforzar una estructura de poder —real, pero también simbólico— y, merced al amparo de esa entelequia denominada “biología política”, naturalizar las diferencias sociales. Naturalización que requirió, en muchos casos, valerse de una suerte de determinismo genético o ambiental, desde donde —recuperando el principio de escasez malthusiano— se sostuvo la obligación del Estado de afianzar el bienestar de los “más aptos” y descuidar o excluir a quienes —se predecía— solo generarían gastos y cargas que, en definitiva, irían en detrimento de la “mejora de la raza”. Sea cual fuere, claro está, la semántica dada al término *Raza*, y desatendiendo la de su palíndromo bifronte: *azaR*.

Bibliografía

- Asamblea General de la Sociedad Argentina de Eugenesia (1961). Renovación parcial de la Sociedad Argentina de Eugenesia. Nómima completa. Autoridades en actividad. Asamblea General Ordinaria, 28 de julio de 1961. *Estudios Eugénicos*, v. 4, n. 89, p. 358.
- Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires (1946). Acta 98, 11 de diciembre, p. 217-221.
- Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social (1933), n. 1, p. 1.
- Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social (1943), n. 100, p. 1.
- Anales de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. Años 1960-1963 (1965). Buenos Aires, p. 294-296 y 305.
- Bernaldo de Quirós, C. (1943). *Eugenesia jurídica y social (Derecho eugénico argentino)*. Tomos I y II. Buenos Aires: Ideas.
- Bernaldo de Quirós, C. (1957). *La degradación cosista del hombre. Valoración del Humanismo Eugénico Integral*. Buenos Aires: edición de autor.
- Cassata, F. (2006). *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*. Torino: Bollati Boringhieri.

- Colombo, L. (1956). Las Primeras Jornadas de Eugenesia Integral. Temas jurídicos tratados en las mismas. *Estudios Eugenesicos*, t. 4, n. 58, p. 93-98.
- Díaz de Guijarro, E. (1943). *Problemas de eugenesia*. Cochabamba: Imprenta Universitaria.
- Fernández Verano, A. (1929). *Las doctrinas eugénicas (ensayo de sistematización)*. Buenos Aires.
- Fernández Verano, A. (1933). La Liga Argentina de Profilaxis Social y el Colegio de Médicos de la Capital Federal. *La Semana Médica*, v. 40, n. 19, p. 1628-1634.
- Fernández Verano, A. (1939). *Para una patria grande un pueblo sano*. Buenos Aires: Talleres Gráficos Compañía General Fabril Financiera.
- Galera, A. (2005). Hacia una fisiología del delito: el modelo biotipológico de Nicola Pende. En: Miranda, M.; Vallejo, G. (comps.). *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, p. 363-374.
- Glick, T.; Henderson, M. (1999). Las recepciones científicas y populares de Darwin, Freud y Einstein: hacia una historia analítica de la difusión de las ideas científicas. En: Glick, T.; Ruiz, R.; Puig-Samper, M. A. (eds.). *El darwinismo en España e Iberoamérica*. Madrid: UNAM-CSIC-Doce Calles, p. 289-297.
- Gould, S. J. (2004). *La falsa medida del hombre*. Barcelona: Crítica.
- Kevles, D. (1985). *In the Name of Eugenics: Genetics and the Uses of Human Heredity*. Cambridge: Harvard University Press.
- Liga Argentina de Profilaxis Social (1921). *Por la salud y el vigor de la raza. Plan de defensa social contra las enfermedades venéreas*, Folleto n. 1. Buenos Aires: Imprenta Mercatali.
- Liga Argentina de Profilaxis Social (1936). *Por la salud de la raza. Discursos pronunciados en el gran acto público efectuado en el teatro Colón, de Buenos Aires, en celebración del "día antivenéreo", 7 de septiembre de 1935*. Buenos Aires.
- Liga Argentina de Profilaxis Social (1937). *Hacia la extinción de un flagelo social. Discursos pronunciados en el gran acto público efectuado en el teatro Colón, de Buenos Aires, en la segunda celebración del "día antivenéreo", 7 de septiembre de 1936*. Buenos Aires.
- Liga Argentina de Profilaxis Social (1938). *Higiene sexual. Discursos pronunciados en el gran acto público efectuado en el teatro Politeama, de Buenos Aires, con motivo de la tercera celebración del "día antivenéreo", 28 de septiembre de 1937*. Buenos Aires.
- Liga Argentina de Profilaxis Social (1939). *El día antivenéreo. Discursos pronunciados en el gran acto público efectuado en el teatro Avenida, de Buenos Aires, con motivo de la cuarta celebración del "día antivenéreo", 5 de septiembre de 1938*. Buenos Aires.
- Liga Argentina de Profilaxis Social (1940). *Una cruzada continental en defensa de la salud de la raza. Discursos pronunciados con motivo de la quinta celebración anual del "día antivenéreo", 3 de septiembre de 1939*. Buenos Aires.
- Liga Argentina de Profilaxis Social (1941). *América contra el peligro venéreo. Discursos pronunciados con motivo de la sexta celebración anual del "día antivenéreo", 1 de septiembre de 1940*. Buenos Aires.
- Liga Argentina de Profilaxis Social (1942). *Por la salud de América. Séptima celebración anual del "día antivenéreo", 2 de septiembre de 1941*. Buenos Aires.
- Liga Argentina de Profilaxis Social (1948). *El día de la higiene social*. Buenos Aires.
- Miranda, M. (2007). Doxa, eugenesia y derecho en la Argentina de postguerra (1949-1957). En Vallejo, G.; Miranda, M. (comps.). *Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, p. 97-129.
- Miranda, M. (2011). Medicina y eugenesia en la Argentina de entreguerras: Apuntes en torno a un pensamiento heterodoxo. *Cuadernos del Sur-Historia*, n. 40, p. 177-194.

- Miranda, M. (2012). La Argentina en el escenario eugénico internacional. En: Miranda, M.; Vallejo, G. (dirs.). *Una historia de la eugenesia. Argentina y las redes biopolíticas internacionales (1912-1945)*. Buenos Aires: Biblos. p. 19-64.
- Miranda, M. (2013). La eugenesia en la Universidad: Carlos Bernaldo de Quirós y su Cátedra Libre de Derecho Eugenesico Argentino en la Universidad Nacional de La Plata (1942-1946). Ponencia presentada en las Jornadas *Universidad, Intelectuales y Vanguardias en la Argentina. Primera mitad del siglo XX. Estudios y perspectivas de investigación*, 21 y 22 de marzo. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Miranda, M. (2020). *¡Madre y patria! Eugenesia, procreación y poder en una Argentina heteronormada*. Buenos Aires: Teseo.
- Miranda, M.; Bochicchio, A. (2020). Sobre consejos y decálogos: Homologías inéditas entre la eugenesia prematrimonial argentina y estadounidense. *Revista de Indias*. (En prensa).
- Miranda, M.; Vallejo, G. (2004). Las huellas de Galton: Eugenesia y control social en la Argentina del siglo XX. *Taller*, v. 7, n. 21, p. 142-178.
- Palma, H. (2005). *Gobernar es seleccionar. Historia y reflexiones sobre el mejoramiento genético en seres humanos*. Buenos Aires: Jorge Baudino.
- Pende, N. (1947). *Tratado de biotipología humana, individual y social con aplicaciones a la medicina preventiva, a la clínica, a la política biológica y a la sociología*. Traducción a cargo de Donato Boccia y Arturo R. Rossi. Barcelona: Salvat.
- Popenoe, P. (1971). La pregunta olvidada. *Estudios Eugenesicos*, v. 7, p. 7-12.
- Rossi, A. R. (1940). *Antecedentes, títulos y trabajos*. Buenos Aires.
- Rossi, A. R. (1941). Herencia, constitución, eugenesia y ortogénesis. *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, n. 96, p. 1-21.
- Segunda Jornada Argentina de Humanismo Eugenesico Integral (1961). *Estudios Eugenesicos*, t. 4, n. 89, p. 343-357.
- Rossi, A. R. (1944). *Tratado teórico práctico de biotipología y ortogénesis*. Tomos I, II y III. Buenos Aires: Ideas.
- Stern, A. M. (2010). Eugenics, Gender, and Sexuality: A Global Tour and Compass. En: Bashford, A.; Levine, P. (eds.). *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*. New York: Oxford University Press. p. 173-191.
- Tercera Jornada Argentina de Humanismo Eugenesico Integral (1971). *Estudios Eugenesicos*, t. 7.
- Todorov, T. (1991). *Nosotros y los otros. Reflexión sobre la diversidad humana*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Vallejo, G. (2004). El ojo del poder en el espacio del saber: Los institutos de biotipología. *Asclepio*, v. 56, n. 1, p. 219-244. doi: 10.3989/asclepio.2004.v56.il.78.
- Vallejo, G. (2005). Las formas del organicismo social en la eugenesia latina. En: Miranda, M.; Vallejo, G. (comps.). *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores. p. 231-272.
- Vallejo, G.; Miranda, M. (2017). Enseñando a custodiar el “buen nacer”. Los estudios universitarios de Eugenesia en Argentina (1942-1980). *Varia Historia*, v. 33, n. 61, p. 49-78. doi: 10.1590/0104-87752017000100004.
- Vallejo, G. (2018). Zero Hour of Eugenics in Argentina: Disputes and Ideologies in the Emergence of a Scientific Field, 1916-1932. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, supl. 1, p. 15-32. doi: 10.1590/S0104-59702018000300002.
- Vallejo, G. (2019). Arturo R. Rossi y la eugenesia argentina entre 1930-1945. Ponencia presentada en la *I Jornada Latinoamericana de Historia de la Salud y la Enfermedad: Pasado y Presente*, 18 y 19 de septiembre. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Santa María.



Foto: Lewis Wickes Hine (1874-1940).

Joven costurera con curva dorsal derecha, escoliosis. (Fragmento). Enero 1917.
National Child Labor Committee collection, Library of Congress, Prints and
Photographs Division.

Sobre una medicalización híbrida y sus estrategias para normalizar la sexualidad en la Argentina (1994-2020)

*Gustavo Vallejo*¹

Introducción

La vorágine de la COVID-19 nos ha dejado poco margen en la Argentina para advertir cosas sucedidas más allá de la tragedia y de la sobrerrepresentación pública de autoproclamados libertarios que se valieron del aislamiento de los demás para expresarse ocupando ese vacío que conjuga el dolor y la responsabilidad social del cuidado individual. Decimos esto pensando fundamentalmente en la Ley 27610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), sancionada por el Congreso Nacional el 30 de diciembre de 2020, y cuya significación fue eclipsada por una agenda de temas que no permitió desplegar más atentas reflexiones. En este sentido, quedaron balances pendientes acerca de la sanción de esa norma, con sus múltiples aristas entre las que cabe situar el hecho de haber trascendido los límites de una cultura conservadora que, en campos como el biomédico, logró imponer su hegemonía en largos pasajes de la historia y, como decíamos, se manifestó en el espacio público a través de una avanzada libertaria que, a sus reclamos por el respeto a la más absoluta libertad sumó el rechazo al aborto.

Al referirnos a libertarios, hablamos de una difusa amalgama de expresiones de derecha y ultraderecha que, en la Argentina, cobraron notoriedad desde el inicio de la pandemia confluyendo en consignas como “comunismo o libertad”. Las libertades individuales se entronizaron para ser puestas por encima del Estado y, desde ese básico planteo, expresaron públicamente su “rebeldía civil” contra la cuarentena, la vacunación y el uso de barbijos. Paradójicamente (o no), los libertarios también incluyeron en sus consignas enarboladas en la pandemia el rechazo a la libertad de las mujeres a decidir qué hacer con su cuerpo, otorgada por la nueva Ley de IVE. Desde el inicio de la pandemia, cualquier medida del Estado para hacer cumplir normas de cuidado sanitario (incluida la IVE), pasó a convertirlo en lo que a sus ojos era una dictadura. Cuando hablamos de la ocupación del espacio público nos referimos a marchas con grandes repercusiones en medios y redes sociales, que a su vez

¹Doctor en Historia, Posdoctorado en Ciencias Sociales. Investigador, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Profesor, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina.

retroalimentaron su protagonismo. Aunque, si el espacio público encierra aquella matriz en la que Hannah Arendt vio articularse lo político con la construcción de la ciudadanía a través de una disputa entre quienes gozaban de iguales derechos (Vallejo, 2018), lo sucedido en plena pandemia nos ofrece una imagen bastante distorsionada por la desigualdad, que iba desde el mismo hecho de que solo se manifestaran quienes rompían las normas hasta lo que se decía en esas manifestaciones. Un breve interregno lo constituyó, justamente, el debate por la Ley de IVE cuando —en diciembre de 2020, con un bajo índice de contagios— pudo ser ocupado el espacio público con movilizaciones que acompañaron las posiciones antagónicas que se dirimieron en el Parlamento.

En efecto, la Ley de acceso a la IVE de 2020, cuyo antecedente primordial tuvo lugar en el proyecto parlamentario presentado dos años antes, permitió exponer públicamente ideas trascendentes al objeto específico de discusión tratado, para situarlo dentro de formas más amplias de entender la salud pública y el funcionamiento de la sociedad en su conjunto.

Si bien fueron previsibles aquellas posturas que, con mayor énfasis, expresaban una mirada atravesada por la influencia de preceptos religiosos², el tema suscitó variadas interpretaciones en las dos principales fuerzas políticas, donde las mayorías tendieron a construirse de manera proporcionalmente similar y opuesta³. Dentro de ese marco general, en el fragor de los debates fue debilitándose la capacidad persuasiva de una postura muy consolidada en ámbitos católicos, prolongándose ese debilitamiento al interior del recinto donde, entre los legisladores aún indecisos, terminó prevaleciendo el voto en favor de la Ley de IVE.

Pretendemos aquí analizar, más que de los debates en sí, lo que esos debates dejaron al descubierto para reconstruir genealógicamente aspectos de aquel cuerpo de ideas cuya exposición pública resultó determinante para que, por su oposición, se gestara la mayoría parlamentaria que aprobó la Ley de IVE. Vale decir, nos detendremos en analizar aquello que caracterizaremos como una particular forma de medicalización llevada a cabo por fuera (y a menudo en contra) del reconocimiento científico, sin que eso supusiera dejar de ejercer una significativa influencia en la Argentina.

²Lo sorpresivo en este aspecto fue la capacidad de movilización evidenciada por grupos evangelistas contra la Ley de IVE, con intervenciones en el espacio público tan significativas como las llevadas a cabo —con mucho mayor apoyo mediático— por convocatorias lanzadas desde distintas esferas de la Iglesia católica.

³Dentro de la transversalidad política de las adhesiones y los rechazos en el Congreso, tanto en la presentación realizada en 2018, cuando se impuso la posición negativa, como en la presentación de 2020, cuando fue aprobada y se convirtió en ley, cabe señalar algunas particularidades. En 2020, alrededor de dos terceras partes votaron a favor, dentro de lo que podríamos considerar el “panperonismo” (excluyendo a sectores que siguieron dentro de las coordenadas ideológicas desplegadas por Menem durante la década de 1990) y fuerzas situadas a su izquierda. En 2018, la misma proporción pero a la inversa —dos terceras partes en contra— se reflejó en el voto de legisladores pertenecientes a la alianza que llevó al poder a Mauricio Macri y partidos situados más a su derecha. Asimismo, en 2018, cuando Macri era presidente, se envió el proyecto al Congreso para que este hiciera valer su posición oficial que en ese momento era de rechazo. En cambio, en 2020, bajo la presidencia de Alberto Fernández, este abrió el debate parlamentario impulsando su postura favorable a la aprobación de la norma. Un dato clave en los diferentes resultados de 2018 y 2020 tiene que ver con las elecciones de 2019 que, además de modificar el Poder Ejecutivo, renovó bancas en el Senado, posibilitando de esa manera incorporar legisladores que con su voto revertirían la posición negativa que ese cuerpo tuvo en 2018.

Un momento particularmente importante sobre el tema que nos ocupa se vivió en julio de 2018, cuando se realizaron audiencias públicas con la participación de expertos que aportaron argumentos al debate parlamentario por la Ley de IVE. Uno de ellos fue el médico Abel Albino, quien dejó claramente sentada en la Cámara de Senadores de Congreso de la Nación su posición contraria al proyecto presentado. La intervención duró unos 30 minutos, aunque alcanzó enorme trascendencia por una frase en particular. Albino señaló en esa ocasión:

Los chicos tienen que entender que el profiláctico no protege de nada. El virus del sida atraviesa la porcelana. Es 500 veces más chico que el espermatozoide. Entonces, el profiláctico no sirve absolutamente porque falla el 30% de las veces en el embarazo, imagínense lo que puede pasar con el sida. (Clarín, 25/07/2018)

El argumento rápidamente se propagó a través de las redes sociales y de los medios de comunicación alternativos generando un masivo repudio, mientras los grandes medios de comunicación no pudieron menos que añadirle, entonces, a sus habituales calificativos laudatorios, el de “polémico doctor”⁴.

Otra intervención dentro de las audiencias públicas que precedieron a la votación del proyecto de Ley de IVE, fue la del biólogo molecular Alberto Kornblihtt del 17 de julio de 2018, con enormes repercusiones también, especialmente por lo sucedido al finalizar su alocución en un tenso intercambio mantenido con la senadora por Tucumán, Silvia Elías de Pérez. Frente a la postura favorable a la aprobación de la Ley de IVE de Kornblihtt, la senadora Elías de Pérez —que esgrimía su posición antagónica— trató de desautorizar al científico acusándolo de propiciar el uso de la eugenesia (Kornblihtt, 2021, p. 30-38). Más allá del desenlace de esa discusión que resultaría muy favorable para los defensores de la Ley de IVE —no solo en la Argentina⁵— nos interesa detenernos en lo que el uso de aquel término revela acerca de quienes desde el fundamentalismo católico sostuvieron el rechazo al aborto. Queda claro que la apelación a la eugenesia, como una noción descalificatoria desde su sola enunciación, buscó allí invocar sentimientos cuando ya los argumentos resultaban insuficientes. Pero, tras el sentido profundo que tiene el uso del término, hay algunas cosas más para indagar. Esa noción fue legitimadora de ideas y praxis en la Argentina, durante un período que se extendió bastante más allá del Holocausto —a diferencia de lo ocurrido en otros países— involucrando a la propia Iglesia católica (Miranda & Vallejo, 2014; Miranda, 2020). Asimismo, cabe destacar que entre los rasgos particulares que tuvo esa eugenesia argentina emerge con nitidez una postura antiabortista que de manera inalterable perduró

⁴Los multimedios *Clarín* y *La Nación* fueron un gran soporte para la popularidad alcanzada por Albino. *Clarín* llegó a publicar una encuesta sobre las personalidades más honestas del mundo donde Albino ocupó el puesto 14, precedido por figuras como el Papa Francisco y Teresa de Calcuta, superando por un puesto a Mahatma Gandhi y por tres a Nelson Mandela (*Clarín*, 14/07/2015).

⁵El video de esa exposición fue compartido millones de veces en la Argentina, España y Brasil (Kornblihtt, 2018).

en el tiempo⁶. Complementariamente, aquella discusión de 2018 retomó un modo de operar de la Iglesia católica que, al propiciar un eugenismo basado en el control de las variables ambientales, denunció como eugenesia inaceptable aquella a la que consideró un sinónimo del neomalthusianismo en el que se inscribía la separación del placer sexual y la procreación por distintos métodos a los que ahora se añadía la legalización del aborto.

Articulando estos planteos con los formulados por Albino podemos reconstruir una matriz a la que el propio médico, en su intervención sobre la Ley de IVE, agregó algunas coordenadas más señalando:

...una mujer embarazada es un tesoro para el país y su hijo es una joya. Somos el primer país del mundo en riqueza en relación con sus habitantes. Somos un país vacío. Gobernar es poblar: necesitamos gente. (*Clarín*, 25/07/2018)

Como veremos, este planteo no era nuevo en el médico antiabortista, sino que remitía a una recurrente apelación a la necesidad de distinguir entre recursos y habitantes. Aquellos excedentarios y estos, ignorantes de su valor, al punto de provocar la existencia de un país que debía ser poblado por gente, o mejor aún por gente deseable, esto es, la que fuera merecedora de los recursos que este país poseía. La ecuación establecería una dicotomía oposicional entre un país ideal y una población indigna de él, a menos que se modelara su conducta adecuadamente. Gobernar es poblar, pero no de cualquier manera, como lo sostenía la eugenesia. Esto último nos introduce en una línea de pensamiento muy homogénea y coherente, a su modo, que nos permite ver cómo aquella intervención en el Congreso lejos estuvo de ser un exabrupto espontáneo o una expresión salida de control, como también llegó a señalarse buscando limitar todo a un error, un desafortunado desliz de la palabra.

El aislamiento como control de la moral sexual

Abel Albino es una figura que ayuda a anudar el avance que tuvo el fundamentalismo católico en la Argentina, favorecido por dos grandes oleadas neoliberales: la de la

⁶Antecedentes de esta postura pueden hallarse en el Museo Social Argentino, institución estrechamente ligada al devenir del eugenismo argentino. En 1928, se propuso allí crear un Registro de Sanidad en el cual cada persona contase con una ficha de sus condiciones físicas y sociales, completada a lo largo de las etapas de su vida. Ese registro serviría para combatir las prácticas abortivas, consideradas criminales. En el Congreso de la Población celebrado en esa misma institución en 1940 se reclamó la sanción de una ley que obligara la expedición de un certificado de mortinatalidad desde que existiera “producto en estado embrionario o fetal, sin discriminación de edad intrauterina hasta el feto viable” caracterizado por su posibilidad de vivir pero en el cual no había respiración pulmonar ni latiera el corazón. Precisamente, en este marco, vería la luz una propuesta de declaración obligatoria de embarazo, análoga a la instrumentada en Italia, que según el iusnaturalismo tomista sobre el cual se sustentó la ortodoxia eugénica argentina, conformaba el corpus de los denominados derechos eugénicos del hijo, originados aun antes de la concepción. Y su cumplimiento efectivo requería instrumentar resortes de represión legal para el supuesto de interrupción criminal del embarazo o muerte del hijo; ello, no solo en defensa del derecho a la vida, sino principalmente, en defensa de la sociedad (Miranda, 2020, p.106-107).

década de 1990; y la que, desde la crisis internacional de 2008, con su repercusión local en la llamada “rebelión del campo”⁷, empezó a preparar el terreno para lo que sería su efectivo desembarco en 2015. En ambos casos, el neoliberalismo fue la plataforma para que los sectores católicos más radicalizados acrecentaran notablemente su injerencia, ya sea porque ocupaban espacios que quedaban vacantes por el retiro del Estado, o porque hallaban una mayor permeabilidad entre funcionarios provenientes de las capas más altas de la sociedad.

A tono con el inicio de esta tendencia, debe consignarse la propuesta formulada en 1994 por el arzobispo de Buenos Aires, monseñor Antonio Quarracino, quien desde el programa que conducía en el canal televisivo estatal Argentina Televisora Color (ATC) (actualmente, Televisión Pública), habló de crear un sitio de aislamiento que sirviera para enviar allí a todos los homosexuales donde pudieran tener sus propias normas sin molestar a la “gente normal”.

Una zona grande para que los gays y lesbianas vivan allí, que tengan sus leyes, su periodismo, su televisión, hasta su constitución. Que vivan como una especie de país aparte, con mucha libertad. No va a ser necesario que se pongan caretas como lo hacen cuando van a una manifestación. Pueden hacer manifestaciones día por medio. Pueden escribir, publicar. (Quarracino, 1994a)

Aclaraba que eso era una “discriminación a favor de la libertad”, destinada a limpiar “una mancha innoble del rostro de la sociedad” (Quarracino, 1994a).

Esa curiosa propuesta se inscribía en el marco del malestar generado por la primera marcha del orgullo gay en Buenos Aires, que contó con la participación de unas 250 personas con el rostro cubierto para evitar que fueran inmediatamente despedidos de sus respectivos trabajos (Miranda, 2021, p. 68). La atónita mirada, que veía allí una amenazante alteración del orden, podía reconocer un hilo conductor con la despatologización de la homosexualidad llevada a cabo el 17 de mayo de 1990 por la Organización Mundial de la Salud. Para ese conservadorismo cultural, aquella decisión resultaba menos justificable aún ante el avance significativo que experimentaba el VIH-sida en países como la Argentina, donde la muerte de muy populares estrellas del rock por esta enfermedad acrecentó el llamado de atención sobre el impacto que tenía la epidemia en los jóvenes (Linares, 2021)⁸, y motivó en 1990 la sanción de la Ley 23798 que promovió la prevención del contagio a través del uso de preservativos.

Desde el conservadorismo de las costumbres, si la homosexualidad no era un problema sanitario, el VIH-sida hacía ver que el origen del mal estaba en la desatención

⁷En 2008, la Resolución 125 que estableció la suba de impuestos a los grandes exportadores no fue acatado por organizaciones rurales, derivando aquello en el tratamiento de una ley impulsada por el Poder Ejecutivo. El rechazo a ese proyecto en el Senado sería entendido como una importante victoria para opositores al gobierno de Cristina Fernández de Kirchner, quienes confluían en la alianza electoral que les permitió llegar al poder en 2015.

⁸En 1988, en la cúspide de su popularidad, murieron tras haber contraído VIH-sida, los cantantes argentinos Miguel Abuelo y Federico Moura.

de la inmoralidad que lo engendraba. Vale decir, lo que para la salud pública ya no era enfermedad merecía una respuesta física ejemplarizadora: la utopía del aislamiento de los “otros” significaría una tranquilizadora forma de salir de un estado dis-tópico al que la epidemia sometía injustificadamente a los seres “normales”. Mientras en el campo médico, y con el soporte de la nueva Ley, comenzó una muy intensa campaña para ocuparse del VIH-sida concientizando sobre el problema añadido que provocaba la estigmatización por las conductas sexuales⁹, desde el fundamentalismo religioso el problema estaba precisamente en las conductas sexuales cuando ellas se llevaban a cabo de manera indebida.

El propio Quarracino aportó más argumentos como respuesta a lo que consideró injustificados ataques a su persona por las expresiones vertidas en relación a aislar a los homosexuales. Quarracino comparó su propuesta con la que en los EEUU impulsaba que Utah se convirtiera en un reducto de lo moralmente inaceptable como lo era la poligamia. También se mostró preocupado por los indicadores sanitarios que presentaba Haití, en una tácita prolongación de las ideas que llevaron a llamar al VIH-sida como síndrome de las cuatro haches: homosexuales, heroinómanos, hemofílicos y haitianos (Miranda, 2021, p. 48)¹⁰. Y terminó por inscribir el problema de la homosexualidad, de las marchas del orgullo gay en el espacio público de una ciudad “normal” y de Haití, dentro de una condenable idea de libertad sexual.

Hacer lo que se quiera está hablando de la cultura materialista, hedonista, individualista que estamos viviendo en el mundo y en la Argentina también. Que se manifiesta en economía, se manifiesta en los medios de comunicación. Se manifiesta en la vida sexual también. No es posible decir que se haga lo que quiera, que cada uno es libre. (Quarracino, 1994b)

El VIH-sida despertaba así representaciones sobre la sexualidad que podían ubicar a ese mal como una versión *aggiornada* de la lepra, en tanto forma que asumía el castigo por ofender a Dios. Pero esa relación llegó a potenciarse por la coincidencia que presentaba el final de una etapa de aislamiento de leprosos con los intentos de recrear las estrategias que habían sido desplegadas sobre ellos para hacerlas partícipes de las nuevas formas que asumía la “perversión sexual” en la sociedad. El poder de la imagen desnaturalizada de la representación bíblica del hombre y la mujer permitía producir el desplazamiento del cuerpo mutilado a la inversión del género dado, para que aquella ejemplar expiación hacia unos tuviera un correlato en la acción responsable que los representantes de Dios en la Tierra habrían de desplegar

⁹La intromisión pública en la vida privada de los enfermos fue dando paso a estrategias desestigmatizadoras (Miranda, 2021; Cueto, 2001). El inmunólogo Pedro Cahn lideró desde la Fundación Huésped diversas acciones que tuvieron un efectivo impacto social. Por un lado, estimulando el cuidado a través de una intensa publicidad en la que contribuían importantes figuras públicas, especialmente del rock, y la exploración de tratamientos que permitieron detener la epidemia y su inmediata letalidad (Linares, 2021).

¹⁰A esa denominación utilizada para referirse al VIH-sida, se sumaron otras que fueron desde “Inmunodeficiencia asociada a la homosexualidad”, GIRD del inglés *Gay-Related Immune Deficiency*, pasando también por la designación de “peste rosa” o “cáncer gay” (Miranda, 2021, p. 48).

sobre otros. Frente a la imagen del mal, cuyo contagio se temía —no solamente de sus “anomalías”, sino también de las “depravaciones” que supuestamente las habían provocado—, la utopía de Quarracino entonces podía volverse el recurso por el cual una parte de la sociedad se libraba de aquello que la ponía en riesgo.

La propuesta aislacionista de Quarracino no se llevó a cabo estrictamente en los términos en los que fue planteada, pero sí vale la pena pensar en las condiciones de posibilidad sobre la que se formulaba y las derivaciones que efectivamente tuvo. En 1983 dejó de regir la ley que establecía el aislamiento obligatorio para leprosos pobres¹¹ y diez años más tarde sobrevino el cierre de los últimos leprosarios que aún permanecían en actividad, quedando disponibles sus espacios para atender a otras patologías de la exclusión. Foucault, al iniciar su *Historia de la locura* recordaba cómo en Francia y Alemania el retroceso de la lepra dejó sus estructuras de encierro a merced de reapropiaciones de nuevas formas que asumía el mal en la era clásica, siendo ahora las enfermedades venéreas asociadas a la locura, una encarnación de lo que desataba el renovado anhelo de purificación (Foucault, 2009). En la Argentina de fines del siglo XX, había suficientes razones para considerar al VIH-sida una amenaza merecedora de similares reacciones negativas que la lepra, cuando esta ya había dejado de ser considerada un problema de índole colectiva¹² y sus espacios eran un soporte importante para producir reapropiaciones que mantuvieran el sentido simbólico que les habían dado origen. En este marco, a inicios de la década de 1990, la colonia de aislamiento de leprosos Baldomero Sommer, inaugurada en 1941, fue transformada en hospital general, aun cuando perdurara como referente nacional en el tratamiento del mal de Hansen y conservara espacios de contención para quienes voluntariamente permanecieran asilados. Entre sus modificaciones se incluyó una nueva área para los pacientes con VIH-sida, ofreciendo un sitio de tratamiento y contención para portadores de dolencias agravadas por un escarnio general que reactualizaba la creencia medieval de que las perversiones sexuales tenían su castigo divino en enfermedades lacerantes¹³. Esa transformación ante la emergencia de una nueva epidemia, coincidió con otro tipo de solución orientada desde la Iglesia católica que tuvo lugar simultáneamente en la Colonia Infantil Mi Esperanza, gestada en 1939 por el Patronato de Leprosos para albergar a hijos de enfermos del mal de Hansen. Luego de que dejara de ser ilegal la procreación entre leprosos, aquella colonia fue quedando deshabitada por lo que se decidió su

¹¹En 1926 fue sancionada la Ley de profilaxis de la lepra que estuvo vigente hasta 1983. Allí se establecía una explícita distinción social prescribiendo la obligatoriedad del aislamiento a cargo del Estado para el leproso pobre y el tratamiento domiciliario para el leproso con suficientes recursos.

¹²Sobre la relación en Argentina entre el mal venéreo y el VIH-sida, se ha señalado que si del primero emergía como presupuesto de sus portadores varones una heterosexualidad (deseable), el segundo constituía un indicador de la homosexualidad (indeseable) (Miranda, 2021, p. 48).

¹³La colonia Baldomero Sommer fue construida en la localidad de General Rodríguez, en la provincia de Buenos Aires (Molinari, 2016; Campbell Dávila, 2019).

readaptación para un nuevo programa de atención a niños pobres que, conducido por la Iglesia, tendió a brindarles una formación que los alejara de la inmoralidad¹⁴.

Estas cosas sucedían mientras el fundamentalismo católico experimentaba en la Argentina un avance inédito desde el inicio de la presidencia de Carlos Menem y en el orden internacional, Juan Pablo II llevaba a cabo en 1992 la beatificación de Josemaría Escrivá de Balaguer, el creador del Opus Dei. Aquel evento también atrajo a Albino, quien ese año inició una estadía de perfeccionamiento en la Universidad de Navarra, España, fundada precisamente por Escrivá de Balaguer en 1952 y desde entonces verdadera meca del Opus Dei.

Abel Albino se había graduado como médico en Tucumán en 1972 y se especializó en nutrición en Chile, en el Hospital Luis Calvo Mackenna junto a Fernando Monckeberg, quien sería un destacado funcionario del régimen de Augusto Pinochet que situó a la nutrición como parte del laboratorio social con el que se puso en marcha el neoliberalismo en el país trasandino (Leyton, 2020, p. 203-234). En 1987, Albino se doctoró en Medicina en la Universidad Nacional de Cuyo y tras perfeccionarse en Navarra, regresó a la Argentina instalándose en la provincia de Mendoza, donde había vivido en su infancia, y en 1993 creó el primer Centro de la Cooperadora para la Nutrición Infantil (CONIN), denominación que tomó de Monckeberg. Comenzaba el plan de Albino dirigido a propagar la “obra de Dios” a través de una campaña paralela de combate contra las “sexualidades desviadas” a las que entendía como principal causa de la desnutrición infantil. En poco tiempo ya había montado una red de centros, que se expandió más allá de esa provincia, hasta conformar una fundación que articulaba las actividades de más de sesenta instituciones en distintas localidades de la Argentina.

La muerte de Quarracino en 1998 puso al descubierto fuertes tensiones dentro de la Iglesia católica argentina que se dirimían a través del papel ocupado por dos figuras antagónicas: Jorge Bergoglio y Héctor Aguer. El lugar que dejaba vacante Quarracino sería ocupado por Bergoglio, cuya estrategia priorizó una mirada al exterior que a la postre redundaría en su consagración como Papa Francisco, mientras que por el contrario, el gran antagonista Aguer, buscó reforzar su poder dentro de la órbita nacional desde su lugar al frente del Arzobispado de La Plata (Morosi & Lavaselli, 2018). Precisamente, en Aguer hallaría la Fundación CONIN un importante respaldo que se acrecentaba para dar cuenta del modo en que sectores mayoritariamente cuestionados dentro de la misma Iglesia pasaban a revertir esa desfavorable

¹⁴La Colonia Infantil Mi Esperanza fue creada en La Matanza, provincia de Buenos Aires, para alojar a hijos de leprosos que desde bebés pasarían allí toda su infancia (Molinari, 2016, p. 134-136). Su ubicación, decidida cuando estaba en construcción la colonia Baldomero Sommer, tuvo en cuenta la proximidad a este establecimiento.

consideración¹⁵, al tiempo que el propio Albino añadía una nada desdeñable capacidad para ejercer un fuerte lobby político y mediático que le permitiría sellar convenios en diversos distritos de la Argentina¹⁶.

La Biblia del control de la sexualidad de los pobres

Albino publicó en 2010 el libro *Gobernar es poblar*, que pasaría a constituirse en el manual de cabecera para todos los centros CONIN que dirigía. La frase —que recogía una consigna de Juan B. Alberdi y, como vimos, afloró en su prédica antiabortista de 2018— asumía un preciso redireccionamiento hacia un corpus signado por las fuertes coerciones promovidas para incidir desde la moral en “el buen nacer”¹⁷. Desde esta perspectiva, poblar era un problema de calidad y cantidad, en tanto variables que se debían conjugar eficazmente, siendo el sexo desarrollado según estrictas prescripciones, la clave para combatir la pobreza.

Pero más llamativo que el título era el subtítulo: *Criterios antropológicos y éticos para una correcta educación sexual. ¿Paternidad responsable o fornicación asistida?* La tapa mostraba una enigmática imagen con tres nueces partidas que —de izquierda a derecha— contenían un fruto podrido, la cáscara vacía y el fruto sano (Albino, 2013).

Los problemas de la población y el “buen nacer” quedaban articulados con la desnutrición infantil a partir de una idea fuerza que ya desde el prólogo identifica a ese mal “como producto del sexo promiscuo y sin compromiso que genera masivamente hijos no deseados” (Chiesa, 2013, p. 11). Si la desnutrición infantil era una cuestión moral su resolución provendría de atacar al sexo desenfrenado. El eje del plan enunciado radicaba, entonces, en controlar la sexualidad para tener altísimos niveles de reproducción pero solo en quienes estarían moralmente autorizados para llevar a cabo esta tarea.

El libro de Abel Albino surgió como respuesta al *Manual de formación de formadores en educación sexual y prevención del VIH/sida*, que publicó el Ministerio de Educación de la Nación en 2007 para distribuirlo en las escuelas de todo el país. En 2009 se puso en marcha esta iniciativa enmarcada dentro del espíritu de la Ley 26150 de

¹⁵Aguer aglutinó en la estructura orgánica de la Iglesia a los sectores más ortodoxos, generando permanentes polémicas con las que afirmaba su visión del mundo ante la opinión pública. Una de ellas tuvo lugar en 2002 al bautizar la Feria del Libro Católico de La Plata con el nombre de un famoso escritor antisemita, Gustavo Martínez Zuviría (Hugo Wast). El tema derivó en largos cruces periodísticos y judiciales mantenidos con políticos y entidades israelíes. En 2011, Aguer volvió sobre el tema designando con el nombre de Martínez Zuviría a la sala de lectura de la Feria del Libro católico de ese año, como respuesta a la decisión del director de la Biblioteca Nacional, Horacio González, de retirar su nombre en una sala de ese establecimiento (Vallejo, 2016, p. 117; Morosi & Lavaselli, 2018, p. 173-174).

¹⁶La firma de convenios a menudo estuvo precedida de reconocimientos en ámbitos públicos. El Senado de la Nación aprobó una decena de declaraciones a favor de Abel Albino. La Legislatura de Mendoza lo distinguió en 2007 como ciudadano ilustre y en 2012 impulsó la postulación de Albino al Premio Nobel de la Paz. En 2014, la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires lo declaró personalidad destacada de la ciencia. Por su parte, Albino también halló importantes espacios de difusión de su obra en los programas de televisión conducidos por Jorge Lanata y Mirtha Legrand.

¹⁷Palma se ha referido a los usos del concepto “gobernar es poblar” en el eugenismo argentino y a la invocación a la eugenesia realizada por su impulsor, Juan B. Alberdi (Palma, 2018).

educación sexual integral, sancionada en 2006, y por la cual se reconoció el derecho de niños y adolescentes a recibir educación sexual en las escuelas. Fue entonces monseñor Aguer quien inició la reacción contra una norma en la que se inscribía este *manual*, al que tildó de “ateo” y “neomarxista”. Los principales medios de comunicación se alinearon con Aguer atribuyéndole una postura institucional de la Iglesia que nunca existió y de ese modo acompañaban las presiones del fundamentalismo católico dirigidas, especialmente, a atemorizar a los directores de escuelas del interior del país para evitar que los libros enviados por el Ministerio de Educación fueran utilizados en clase (*Clarín*, 29/07/2009; Rouillon, 30/07/2009)¹⁸.

Con su libro, Albino participaba así de la reacción iniciada por Aguer contra la educación sexual en las escuelas, formulando una crítica visceral a esa política pública. Buscaba también exponer el supuesto fracaso de un plexo normativo en materia de derechos sexuales que veía reflejado en los niveles elevados que tenía la pobreza extrema. Aludía con ello a la Ley 25673 por la que en 2002 se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y también a la Ley 26138 que, en 2006, estableció el régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica. Desde su perspectiva, solo atendiendo la sexualidad de una manera diametralmente opuesta a lo que establecía ese corpus podría producirse una drástica reducción de la pobreza.

También eran denunciados los males que anidaban en los ejemplos de la vida moderna, con gente “viciosa” que ocupaba espacios en el cine y en la televisión, tanto como en la “cultura de los boliches” que era foco de droga y alcohol, sexo precoz y música a decibeles nocivos. Y, participando de una forma de determinismo ambiental, Albino explicaba que la desnutrición infantil era una enfermedad cultural de sitios en los que el acto sexual se lo llevaba a cabo compulsivamente, bajo los efectos de una vehemencia descontrolada e irracional. El drama acechaba a familias pobres mal constituidas, de ahí su propuesta de que el Estado otorgara subsidios a quienes pudieran acreditar uniones matrimoniales y no como lo hacía a través de la Asignación Universal por Hijo, colocando a la madre, sin otro requisito, en la condición de administradora de los subsidios de los que eran beneficiarios cada uno de sus hijos. Un razonamiento circular hacía que el doctor Albino explicara la pobreza por las mismas costumbres que él veía reveladas en quienes exhibían la condición del pobre. Ante lo cual el planteo alertaba sobre la necesidad de vigilar más a esos sectores para generar aquello que Barrán —el gran historiador uruguayo para otra realidad en la que vio a fines del siglo XIX resignificadas las viejas estructuras de la sociedad patriarcal— llamó “la ortopedia de los pobres” (Barrán, 1995).

El cruce permanente entre pobreza y sexualidad, o más bien la relación de causa y efecto atribuida a la pobreza por sexualidades desenfrenadas, estos es, carentes de la debida tutela, permite ver este cuerpo de ideas atravesado por los cuatro grandes conjuntos estratégicos que en los albores de la modernidad Foucault identificó en torno al sexo a través de dispositivos de saber y poder: la histerización del cuerpo

¹⁸El tema también motivó un tratamiento en medios internacionales como la *BBC* (Smink, 31/07/2009).

de la mujer, la pedagogización del sexo del niño, la socialización de las conductas procreadoras y la patologización del placer perverso (Foucault, 2002, p. 126-139).

En relación a la histerización, un tema recurrente del doctor Albino era despojar de sexualidad al cuerpo de la mujer para reconocer únicamente su valor social ligado a la fecundación y al cuidado de los hijos, recordando siempre la responsabilidad biológico-social que implicaba administrar adecuadamente los tiempos y los impulsos. Por eso exaltaba la virtud de la virginidad, y en torno ella aparece una obsesión que tiene como elemento central al himen. Así explicaba:

Esta membrana es un sello físico que contribuye a que la mujer se inicie con mayor racionalidad en la vida sexual. Todos los sellos, no solo los sexuales, tienen como misión ayudar a reflexionar sobre la acción que se llevará a cabo. Por ejemplo, en las tiendas elegantes las prendas de vestir tienen un sello que, quien lo rompe debe comprar la mercadería; a diferencia de los mercados persas en los que se puede probar una mercadería sin sellos ni garantías y si es utilizada a lo largo de unos días y no complace al comprador, este podrá regresar al puesto de venta y cambiarla por otra. (Albino, 2013, p. 83)

La mujer así era puesta a la par de una prenda con la que debe quedarse un comprador cuando rompe el sello, si es de calidad. Desafiar ese precepto conducía a que madres de “baja calidad” procrearan hijos fatalmente afectados por la desnutrición infantil, al estar ellas mismas afectadas por las alteraciones hormonales que provocan las píldoras anticonceptivas a las que también recurrían y por su repercusión en el estado psicofísico general, sin poder controlar sus nervios.

En torno a la pedagogización del niño, además de ser el importante disparador que llevó al doctor Albino a confrontar la forma de difundir la educación sexual en las escuelas, conformaría un minucioso objeto de análisis. Desde allí apuntaba a configurar la verdadera educación sexual que debía recibir el niño, fundamentalmente, a través de las prohibiciones. Para eso destacaba los peligros físicos y morales, colectivos e individuales, que traía aparejado el acto de masturbarse, con el cual señalaba que eran autoinfringidos incalculables daños psicosomáticos. Sus argumentos no se apartaban demasiado de los que integran la obra clásica del francés Samuel-Auguste Tissot, quien en 1760 sentó las bases de la patologización del onanismo en la incipiente sociedad burguesa (Tissot, 2003). Pero por sobre los indudables antecedentes de Tissot que resuenan en este cuerpo de ideas, Abel Albino, aporta la muy original relación entablada entre lo que debía evitarse desde niñez: la vida desordenada del onanista y su consecuencia futura que era provocar la desnutrición infantil. De ahí que considerara necesario combatir el autoerotismo con acciones que fueran impulsadas por el Estado para inculcar una cultura que contemplara los derechos naturales y destacara la virtud de la moderación de los instintos y la mayor de todas, que es la virtud de la castidad (Albino, 2013, p. 32).

La socialización de las conductas procreadoras llevaba a Albino a denunciar los males del control de la natalidad y de la educación sexual, en la que veía alentar lo que llamaba “planes de fornicación asistida”, como rezaba el subtítulo de su libro. En

oposición a ello, requería medidas para moralizar las conductas de los progenitores, a fin de que el padre lograra con su trabajo el pan, la madre pudiera hacerse cargo de la cocina y que toda la familia se sentara en torno a la mesa (Albino, 2013, p. 23). El Estado debía enfatizar la sexista distinción de roles dentro de una familia tradicional porque con ese ejemplo los hijos tendrían una conducta sexual adecuada. Y, llegado el momento, conformarían nuevas familias donde quedaría claro quién era quién en su conformación, a partir de una clara función atribuida a la mujer en la que podía verse reproducidas las tres K que la Alemania de entreguerras instituyó como consigna: *kinder, küche, kirche* (niño, cocina, iglesia). El énfasis puesto en recordar la vigencia de esos criterios estructuradores del orden social, reposaban sobre la contraposición radical a lo que significaba una sociedad que reconociera la existencia de otro tipo de familias. El planteo de Albino apuntaba también contra un proyecto que se debatía entonces en el Congreso de la Nación, para convertirse en la Ley 26618 que, en julio de 2010, pasó a permitir el matrimonio entre personas del mismo sexo.

La patologización del placer perverso se vuelve un recurso habitual para alertar sobre toda forma de sexualidad no reproductiva. De hecho, la desnutrición infantil era atribuida a esas “perversiones”. El placer desviaba el eje de la función procreacional para llevar a injustificables conductas animadas por las distintas maneras en que se presentaba el control de la natalidad. Las patologías de la sexualidad comprendían: el impudor, la promiscuidad, el autoerotismo, el incesto, el sexo contra natura, la violación, la pedofilia, la anticoncepción, el aborto, la infidelidad y el concubinato (Albino, 2013, p. 63).

De esta curiosa equiparación de delitos con actos íntimos voluntarios que conforman una tipificación de conductas propias de lo que llamaba “grupos de riesgos”, devenía la necesidad de inculcar el matrimonio heterosexual y estable que, además de garantizar la ausencia de enfermedades venéreas y VIH-sida, terminaba de configurar el cuadro de la anhelada familia tradicional.

Y si la homosexualidad era una perversión de la sexualidad no reproductiva, otra igualmente grave era la que derivaba en la interrupción de sus consecuencias. En ese sentido, el aborto era “la tragedia más grande del siglo XX”, superando las guerras y todos los genocidios conocidos, debido a que a los crímenes por él ocasionados, se imputaban también los métodos anticonceptivos, como píldoras hormonales, píldora del día después, DIU, inyecciones, etcétera. En este planteo retomaba a un doctrinario católico que en la década de 1940 equiparó a toda sexualidad no reproductiva con un parricidio, puesto que evitar un hijo equivalía a matarlo (Vallejo, 2016, p. 123). Dentro de este marco se refiere a la eugenesia, del mismo modo en que lo hizo la senadora Elías de Pérez en 2018. Con ese término aludía a las prácticas de control de la natalidad realizadas compulsivamente en otros tiempos, pero también a ligaduras de trompas y vasectomías realizadas dentro de un marco legal vigente que respetaba el correspondiente consentimiento del paciente. En definitiva, el control de la natalidad en cualquiera de sus formas entraba en esa definición de eugenesia, a la que le endilgaba los “planes de fornicación asistida” llevados a cabo por el Estado cuando propiciaba acciones dirigidas a separar sexualidad de reproducción.

Moralidad, sexualidad y pervivencias de la eugenesia ambiental

El lema “gobernar es poblar” ya había sido utilizado con gran ímpetu en la Argentina del período de entreguerras. Por entonces, la salida del crac y el posterior golpe de Estado instaron a reflexionar en torno a las características deseables para la “raza argentina”, especialmente cuando por primera vez se producía también un *impasse* en el flujo inmigratorio que obligaba a repensar las estrategias poblacionales. En ese contexto irrumpió con fuerza un “poblacionismo selectivo” basado en ideas y prácticas que entraban en interlocución con las promovidas por el fascismo italiano al amparo de la Iglesia católica (Miranda, 2011, p. 146-154).

Poblar —articulando las variables de calidad y cantidad— se convirtió en una premisa básica que enarboló la eugenesia, tras convertirse en un vasto movimiento internacional, ante el cual la Iglesia católica adoptó una posición muy clara. En 1930, el Papa Pío XI dictó la encíclica *Casti conubii*, donde rechazó un tipo de eugenesia, la que se relacionaba con el neomalthusianismo, y a la vez adhirió explícitamente a la eugenesia llevada a cabo por medios naturales. Allí destacaba la conveniencia de desalentar, por vía del consejo sacerdotal, las uniones matrimoniales de quienes no harían más que “engendrar hijos defectuosos” (Miranda & Vallejo, 2014, p. 335). La Iglesia ya había anticipado esta postura cuando, en 1924, Agostino Gemelli participó en el 1° Congreso Italiano di Eugenetica Sociale, en carácter de representante oficial del Vaticano. Allí sostuvo que el catolicismo era “una doctrina eugénica”, por eso reclamaba la colaboración de médicos con la Iglesia para realizar la más racional de las acciones, puesto que “la norma eugénica tendrá una aplicación más eficaz con su integración a la moral católica” (Miranda & Vallejo, 2014, p. 334-335).

La eugenesia autorizada por el Vaticano tuvo tempranos interlocutores argentinos en la revista católica *Criterio*. Allí, junto a la condena a la eugenesia desarrollada en los países anglosajones, se promovió una eugenesia profundamente moralista para operativizar una serie de prejuicios puestos al servicio de lo que debían ser las “uniones deseables” (Miranda & Vallejo, 2014, p. 337). Simultáneamente, un conjunto de profesionales —mayoritariamente médicos— fundaron la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social, con el propósito de replicar la instrumentación de la eugenesia que le diera forma Nicola Pende en Italia bajo la denominación de “biotipología”, aunando medicina y religión a través de un saber que proveía a gobiernos autoritarios de instrumentos para disciplinar la sociedad.

De este modo, católicos y liberales confluyeron en un movimiento muy vigoroso que impulsó una eugenesia que rechazaba el control de la natalidad, ya sea que se practicara de manera coercitiva o también voluntaria, y a la vez promovía la moralización de las costumbres. En ese marco, el acto sexual quedaba condicionado por distintas instancias de selección que iban desde los consejos prematrimoniales del sacerdote a la consulta prematrimonial que hacía el médico (con ese fin se estableció la obligatoriedad del certificado prenupcial para varones en 1937, ampliado a las mujeres en 1965) (Miranda, 2011, p. 73-91). Para aquellos que sorteaban esos condicionamientos existía el deber cristiano y patriótico de engendrar sin limitaciones, y para quienes no superaban esas instancias quedaba la continencia, que

nunca podía degenerar en las “aberrantes” prácticas onanistas. Así, el sexo era aceptable cuando, habilitado por los consejos previos, conducía a una procreación sin los impedimentos de métodos ajenos a la naturaleza. La finalidad última era la conformación de familias “normales”, basadas en una estricta división de roles de género que la eugenesia prescribía, llevando la consigna organicista de fijar el “justo lugar” que cada individuo debía ocupar en la sociedad a un plano de los deberes sexuales y laborales para asegurar la adecuada reproducción de la fuerza de trabajo.

El poblacionismo de Abel Albino se enmarca así en una tradición cultural que remite a los fundamentos delineados por la eugenesia ambiental, prolongando el cuestionamiento formulado a sexualidades no reproductivas, desde planteos oscilantes entre la patologización y la criminalización de las “perversiones” sexuales. Vale decir, tampoco en estas cuestiones, como en el fervor con el que a través de ellas se denunciaba a la eugenesia esterilizadora, las ideas de Albino en 2010 y la intervención de la senadora Elías de Pérez en 2018, ofrecían novedades.

El eugenismo argentino se dividió ante el advenimiento del peronismo y fue el sector relacionado con los grupos insurgentes el más activo. Su líder era el abogado Carlos Bernaldo de Quirós, quien en 1945 fundó la Sociedad Argentina de Eugenesia, la cual recién tras el golpe de 1955 pudo desplegar todo su potencial. En efecto, el derrocamiento de Perón propició un rápido reposicionamiento de la Iglesia católica que alcanzó una de sus mayores conquistas con la ley que en 1958 habilitó la creación de universidades privadas cuyos títulos expedidos serían reconocidos por el Estado y, dentro de ese nuevo marco normativo, Bernaldo de Quirós pudo inaugurar la Facultad de Eugenesia y Humanismo Integral dentro de la Universidad del Museo Social Argentino (Vallejo, 2013). Se afirmaban así los rasgos de una eugenesia ambiental basada en una muy estrecha vinculación entre medicina, derecho y religión, que confluía en estrategias dirigidas a moralizar los comportamientos.

La Facultad de Eugenesia Integral y Humanismo, única de su tipo en el mundo, queda singularizada además por el hecho de surgir bastante después de finalizada la Segunda Guerra Mundial y conocidos los horrores del Holocausto alemán. Pero, precisamente, ella volvía sobre los tradicionales cuestionamientos que la Iglesia formulaba a la eugenesia neomalthusiana, afirmando definitivamente la vigencia de la eugenesia ambiental.

Estas ideas se retroalimentaron con una particular coyuntura política. Por un lado, ella expresaba la necesidad —de aquellos liberales y católicos aunados por la eugenesia— de tener que readaptar el marco referencial de experiencias internacionales cuando, tras la caída del fascismo italiano, quedaban en pie las afinidades con el franquismo español. Por otro lado, existía una clara voluntad de involucramiento en la Guerra Fría, como custodios de un orden cultural y religioso amenazado por el comunismo. Y articulando estas cuestiones aparecía la creciente presencia del Opus Dei, especialmente tras producirse la llegada al poder del general Juan Carlos Onganía en 1966.

En efecto, el Opus Dei había logrado ensamblar muy bien todas esas variables por las propias características de la organización, creada por el padre Escrivá de Balaguer en los años previos a la Guerra Civil española y a la que esa coyuntura

le marcó a fuego el odio obsesivo al comunismo que se mantendría inalterable como una característica particularmente valorada en el marco de la Guerra Fría (Normand, 2000).

Precisamente, fue durante la dictadura de Onganía cuando el eugenismo ambiental de Bernaldo de Quirós vivió su momento de esplendor. Se organizaron jornadas internacionales y se expandió la estructura universitaria original para que en la Escuela Formativa del Hombre de la que dependía la Facultad de Eugenesia y Humanismo Integral, egresaran más consejeros humanistas y licenciados eugenistas. Los objetivos perseguidos eran formar profesionales para la atención en consultorios que ayudaran a constituir parejas adecuadas, evitando cruzamientos indiscriminados. También se apuntaba a preservar la conducta humana promoviendo el matrimonio eugenésico, controlar el buen nacer y la gestación biológica óptima y comprender que hogar, matrimonio y familia, debían ser los pilares para afrontar la “profunda crisis moral que afecta el ambiente de la vida moderna” (Vallejo, 2013, p. 279). A estas ideas, que casi literalmente reaparecían en el doctor Albino, pueden sumarse otros planteos cuya afinidad se vuelve más diáfana al abordar explícitamente la sexualidad. Bernaldo de Quirós destacaba que en el acto sexual debía estar comprometido un deber procreacional y que la continencia antes del matrimonio era un valor en sí, por reportar numerosos beneficios morales, psíquicos y también biológicos, asegurando que estaban científicamente comprobados los efectos altamente saludables del “semen retenido en las vesículas” (Miranda & Vallejo, 2014, p. 268). Las coincidencias entre Bernaldo de Quirós y Albino se extienden al rechazo a expresiones de la vida moderna a través del cine, la televisión, las novelas y el rock, que quedaban integradas a una lista de flagelos por los que se filtraba siempre una sexualidad “desviada” que venía a destruir la familia argentina. Así, en su afán por moralizar las costumbres, Bernaldo de Quirós consolidó en la década de 1960 una eugenesia de impronta católica basada en preceptos que luego se empalmarían directamente con el plan de Albino. En ambos casos puede reconocerse el propósito común de condicionar las libertades individuales en función de un bien común superior que sería el de engendrar prole sana —desaconsejando emprender esa tarea a quienes poseían una dudosa moralidad por estar, por ejemplo, sumidos en la pobreza— y así poblar eficazmente el país. Sustentaba estas ideas la misma inquietud por el sexo descontrolado que tenían las cuatro figuras problemáticas identificadas por Foucault ya en el siglo XIX: la mujer sexualizada, el niño masturbador, la pareja neomalthusiana y el adulto perverso (Foucault, 2002, p. 128).

Neoliberalismo y derechos sexuales y reproductivos

Las políticas públicas en materia de sexualidad y reproducción consciente que Albino rechazaba con vehemencia en 2010, conformaron un corpus normativo que incrementalmente fue ampliando sus alcances para incorporar en 2011 la Ley 26743 de identidad de género y en 2013 la Ley 26882 de fertilización asistida. La primera, permitió el cambio registral de sexo y nombre sin que fuera exigido el previo

pronunciamiento de expertos, habilitando a su vez la realización de tratamientos e intervenciones quirúrgicas en hospitales públicos para establecer la adecuación corporal al género autopercebido. La segunda, garantizó el acceso gratuito a técnicas de reproducción sin requerir diagnósticos de enfermedad, posibilitando con ello que personas del mismo sexo o sin pareja pudieran tener descendencia (Farji Neer, 2015, p. 352). A ello cabe añadir la creación de la escuela secundaria Mocha Celis, el primer bachillerato para personas transgénero de América Latina, que fue inaugurada en Buenos Aires en 2011 (Scharagrodsky, 2017).

Todos estos avances fueron proporcionales al grado de reacción que el fundamentalismo católico fue gestando como respuesta a lo que consideraba una interminable sucesión de gravísimas afrentas que lo impulsaban a actuar de un modo más decidido. Durante la década de 1990, cuando el neoliberalismo favoreció la expansión del Opus Dei en la Argentina, surgieron instituciones que llegaron a alcanzar un importante reconocimiento científico, de las que la Universidad Austral es su más clara expresión. Pero a diferencia de esos espacios de legitimación buscados durante esa oleada neoliberal, otro programa originado en el Opus Dei, tres lustros después, asumía sin tapujos su voluntad de desligarse abiertamente de los condicionamientos que establecían las posibles interacciones con el campo académico. En los medios masivos de comunicación y en la política pasaban a estar ahora las principales fuentes de legitimidad y, posicionándose centralmente dentro de esos campos, el propio Albino asumió un papel protagónico en la campaña electoral por las elecciones presidenciales de 2015, acompañando la candidatura de Mauricio Macri, quien llegó a anunciar que en caso de triunfar el plan de aquel médico se convertiría en “razón de Estado”. La campaña electoral condujo a Albino por un raid mediático donde expuso con total naturalidad las mismas ideas que antes había volcado en su libro de cabecera y al hacerlo formuló una sucesión interminable de discriminaciones que recurrentemente caían en la distinción entre una sexualidad normal y sus desvíos. Calificó a la homosexualidad como un problema muy serio y multicausal aunque su origen principalmente lo atribuía a una violación en la familia. También culpó a violaciones intraparentales por la forma de peinarse y vestirse de niñas de ocho años, rechazó que el uso de preservativos tuviera algún impacto positivo en la lucha contra el VIH-sida, fustigó el aborto en cualquier circunstancia y consideró la masturbación como una peligrosa adicción. Las declaraciones recibieron críticas que hicieron notar que esa prédica desconocía normas en vigencia como las leyes de matrimonio igualitario, de identidad de género, de salud reproductiva y procreación responsable, de sida, de educación sexual integral, y el aborto no punible en casos de violaciones establecido por el Código Penal y ratificado por la Corte Suprema de la Nación. Pero Albino también recibió el respaldo de los medios de comunicación que habían contribuido a instalarlo en la escena pública, de grupos nostálgicos de la enorme influencia que llegaron a ejercer en otros tiempos como el Club del Progreso, y de monseñor Aguer, quien le entregó el título de doctor *honoris causa* en la Universidad Católica de La Plata.

Tras la victoria de Mauricio Macri, no fue Albino —como llegó a suponerse— su ministro de Salud. No obstante ello, las políticas públicas que él más cuestionaba

pasaron a diluirse por acción u omisión gubernamental. De inmediato fue desactivada la Ley de salud sexual integral por la que se instituyó el Programa de salud sexual y reproductiva. El desmantelamiento de ese programa discontinuó la aplicación de la Ley de anticoncepción quirúrgica (ligadura de trompas y vasectomía) que había creado un protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción del embarazo, y también desmanteló la aplicación de la Ley de fertilización asistida. Lo mismo sucedió con la educación sexual en las escuelas, donde la mínima manifestación de un docente movido por el espíritu de esa norma pasó a provocar una reacción sincronizada contra la sexualidad “atea” y “neomarxista” denunciada por Aguer. La Ley de sida, que promovía el uso de preservativos, fue otra norma que dejó de ser aplicada por desinversión. Y el aborto no punible en víctima de violaciones, tampoco motivó otra cosa que sistemáticas resistencias a su aplicación.

En el marco del neoliberalismo, el poder no estaba solo en lo que componía la estructura del Estado sino que también se hallaba en las instituciones en las que este delegaba sus funciones. Desde comienzos de 2016, Abel Albino pasó a recibir fondos del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación para realizar nuevos centros CONIN. Ello sucedía aun cuando distintas entidades científicas, entre ellas la Sociedad Argentina de Pediatría, la Sociedad Argentina de Primera Infancia y la Fundación Huésped, desautorizaran el tratamiento promovido por aquel médico, recordando entre otras cosas que a diferencia de lo que sostenía, la homosexualidad no era una enfermedad psiquiátrica y que distintos estudios científicos demostraban que los niños criados por uno o dos padres gays tenían iguales posibilidades de desarrollo emocional, cognitivo y social que los niños cuyos padres eran heterosexuales.

En 2017, CONIN tenía 86 centros de contención y Albino agradecía la colaboración del Estado nacional en una nota central de la revista *Viva* que promocionaba en su portada al “médico que lucha contra el hambre”. De todos modos, destacaba que lo logrado era aún insuficiente: hacía falta que su red llegara a los 4.000 centros de nutrición, “pero yo me conformo con hacer la mitad en los próximos 5 años”, decía (Calvo, 21/05/2017, p. 17-22).

Junto al avance de los centros CONIN prosiguieron las vulneraciones a los derechos sexuales y reproductivos, dentro de una tendencia que solo halló importantes señales para detener su progresión en grandes movilizaciones que el feminismo fue generando hasta forzar el tratamiento parlamentario a la Ley de IVE en 2018. Y, precisamente, la aparición pública de Albino en esta circunstancia volvió a mostrar las dos caras del fundamentalismo católico argentino: su incapacidad para persuadir desde las ideas que impulsaban y el poder de fuego para llevarlas a cabo de todas maneras.

Así, los convenios de CONIN fueron puestos en tela de juicio y el reclamo por su finalización solo tuvo como resultado el conocimiento más preciso de los contratos firmados con el Estado argentino. A esa suerte de tercerización del servicio de salud se habían agregado las necesidades que impuso la crisis desatada en 2018, cuando el acceso de la Argentina al préstamo más grande que el Fondo Monetario Internacional otorgara en toda su historia, tuvo como contraparte un ajuste que implicó el cierre de importantes áreas del Estado. De ese modo, la eliminación de los

ministerios de Salud y de Desarrollo Social derivó en la transferencia de funciones y recursos a la organización privada conducida por Albino.

Pero también hubo otro gesto hacia CONIN que nos reconduce a lo planteado en el inicio. Cuando Quarracino ocupó la escena pública fustigando a la homosexualidad comenzó la transformación de la Colonia Infantil Mi Esperanza, creada para abordar el mal de Hansen, en un centro de atención de niños y adolescentes de escasos recursos. En esa colonia se había desempeñado como tutor de hijos de leprosos el padre Julio César Grassi, quien en 1993 pasó a dirigir la Fundación Felices Los Niños, instalada en un predio de la localidad bonaerense de Hurlingham, y de la que pasó a depender también la Colonia Infantil Mi Esperanza. Precisamente de este establecimiento surgieron las primeras denuncias contra Grassi por abuso sexual a menores allí alojados que desataron un proceso judicial finalizado con una condena a 15 años de prisión cuyo cumplimiento comenzó justamente en 2018. Así, la “perversión sexual” —que con la propia trayectoria de Grassi ayudaba a recrear el desplazamiento de la atención a sospechosos de propagar la lepra a los niños pobres que podían llevar sus malos hábitos a las puertas del VIH-sida— irrumpía muy concretamente en uno de los espacios originarios de aislamiento, aunque no encarnado en los asilados, sino en aquel que estaba allí para controlarlos y hacerlos partícipes de un orden externo y que al mismo tiempo habría de inmunizarse de ellos. Vale decir, el sitio sometido a normalización se “pervertía” por el inesperado efecto de una prolongación de la comunidad “sana” en la “insana”. La Fundación Felices Los Niños fue finalmente intervenida por el gobierno provincial que ese año emprendió la regularización de las deudas acumuladas durante más de diez años por incumplimientos de Grassi con el fisco y, tras ello, el gobierno nacional otorgó el predio de Hurlingham justamente a la Fundación CONIN de Albino para que fuera inaugurado allí otro centro¹⁹, que proseguiría la propagación microfísica de esta particular ortopedia de los pobres²⁰.

Rastros de una medicalización híbrida

La lucha contra la desnutrición infantil constituyó un loable objetivo que ocultaba su verdadero fin que era la expansión microfísica del Opus Dei (o más bien de un preciso espacio perteneciente a esa organización) en la Argentina, a través de una red de centros subsidiados por el Estado. Combatir la pobreza tercerizando importantes acciones al fundamentalismo católico supuso emprender estrategias moralizadoras sobre un universo de carenciados cuyo número no pararía de crecer mientras, a la par, poner en cuestión el reconocimiento de importantes derechos sexuales y reproductivos, empezando por el rechazo al uso de preservativos, también tendría

¹⁹El traspaso del predio fue establecido por la Resolución 106/2018 de la Agencia de Administración de Bienes del Estado dependiente del Poder Ejecutivo Nacional, el 6 de abril de 2018.

²⁰Un dramático episodio tuvo lugar a inicios de 2020 al producirse la muerte por desnutrición de niños pertenecientes a la comunidad wichi de Salta, provincia en la que el sistema de salud confirió amplias facultades a la fundación de Albino desde 2015.

consecuencias cuantificables en la notable evolución de las infecciones por transmisión sexual²¹. Dentro este marco, la sanción de la Ley de IVE, supuso un punto de inflexión para pensar la mejora de las variables sanitarias reemprendiendo la tarea de expandir derechos.

La figura de Abel Albino y su importante rol al frente de políticas de salud desplegadas sobre una franja tan grande como difícil de determinar con precisión, nos coloca ante una particular forma de medicalización que merece ser detenidamente analizada. Fundamentalmente porque revela la construcción de una relación médico-paciente que reposa en gran medida sobre claros apartamientos a saberes legitimados por un definido campo académico e institucional. En ese sentido, las interminables desautorizaciones científicas a las ideas y prácticas promovidas por Albino, no hicieron mella en la continuidad de la persistente prédica dirigida, entre otras cosas, a evitar el uso de métodos anticonceptivos de todo tipo. Ello nos coloca ante una problemática que cabe pensar en relación a las instigadoras ideas de Armus dirigidas a ampliar lo que ha sido entendido como un proceso de medicalización llevado a cabo desde los inicios del siglo XX en Buenos Aires (Armus, 2017). Efectivamente, así como los esfuerzos historiográficos despertados por una medicina reconocida en ámbitos académicos resultan insuficientes si no se contemplan prácticas situadas en los márgenes de las instituciones (Armus, 2017, p. 216), podemos pensar también que Albino nos provee hoy de suficientes motivos para reflexionar sobre los alcances de una muy particular forma de medicalización. Porque, si bien comparte una estrategia moralizadora con los propósitos disciplinadores que podrían remontarse a la emergencia de los Estado-nación modernos del siglo XIX, su pervivencia en este siglo no puede sino ser visto como una verdadera particularidad. En tal caso cabría considerar esa propuesta como una curiosa amalgama de medicalización híbrida, donde un estricto programa se despliega por fuera de toda posible legitimación brindada por las principales instituciones médicas y el saber diplomado. Pero, a diferencia de lo que podía suceder en el Buenos Aires del 1900, donde aquellos híbridos del campo de la salud con sus modos alternativos disolvían los alcances de estrategias normalizadoras, Albino nos ayuda a pensar en una forma de medicalización llevada a cabo por fuera de (y generalmente contra) las instituciones, sin por ello representar una salida de la normalización, sino todo lo contrario. El hecho de que además fuera el Estado en sus múltiples configuraciones (nacionales, provinciales, municipales) su principal sostenedor, añade más singularidades a un programa que reposa también sobre evidentes continuidades de las coerciones instauradas por la eugenesia ambiental.

En definitiva, dentro de la situación inédita generada por la COVID-19 con sus dramáticas consecuencias, también se desataron interminables discusiones sobre el

²¹Tomando el período que va desde 2010, cuando Albino publicó su libro de cabecera, hasta el 2018, cuando su intervención pública en los debates por la Ley de IVE generó fuertes reacciones en su contra, pueden advertirse dos datos relevantes. Según el Observatorio de la Deuda Social de la Universidad Católica Argentina, la inseguridad alimentaria en niños de cero a 17 años en la Argentina trepó del 26,1% al 34,6% (Tuñón, 2019, p. 22). En el mismo período, la tasa de sífilis que mide la cantidad de casos cada 100.000 habitantes que en la Argentina era de 8,5 escaló hasta el 51,1 (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019, p.15).

aislamiento cuarentenario, mientras una parte importante de la población siguió siendo objeto de una medicalización híbrida que vulnera derechos sexuales y reproductivos con un sigilo que solo sacudió, momentáneamente, la sanción de la Ley de IVE. La estruendosa voz de los que con insistencia reclamaban, a la vez, por obtener mayores libertades y rechazar al aborto, pareció inscribirse en aquella vieja ironía del dispositivo —enmascarado en nuevas resignificaciones que ha adquirido la noción de biopolítica (Vallejo, 2020)— según la cual nos hace creer que en él reside nuestra “liberación”.

Bibliografía

- Albino, A. (2013). *Gobernar es poblar. Criterios antropológicos y éticos para una correcta educación sexual ¿Paternidad responsable o fornicación asistida?* Mendoza: Gráfica Amalevi.
- Armus, D. (2017). En los comienzos de la medicalización de la ciudad moderna. Buenos Aires, 1870-1930. En: Girón, A; Hochadel, O.; Vallejo, G. (eds.). *Saberes transatlánticos. Barcelona y Buenos Aires: Conexiones, confluencias, comparaciones (1850-1940)*. Madrid-Buenos Aires: Doce Calles-Biblos. p. 215-236.
- Barrán, J. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo II. La ortopedia de los pobres*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Calvo, P. (2017). Si alimentamos bien a los chicos, en 20 años somos potencia. *Viva, revista dominical del diario Clarín*, 21/05/2017, Buenos Aires, p. 17-22.
- Campbell Dávila, J. (2019). *La discriminación de personas institucionalizadas por el mal de Hansen en Argentina y su derecho a una vida plena*. Tesis de posgrado. La Plata: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de: <https://bit.ly/3ysBWMc>
- Chiesa, J. (2013). Prólogo y dedicatoria. En: Albino, A. *Gobernar es poblar. Criterios antropológicos y éticos para una correcta educación sexual. ¿Paternidad responsable o fornicación asistida?* Mendoza: Gráfica Amalevi. p. 9-14.
- Clarín. (2009). La Iglesia califica de neomarxista el manual oficial sobre educación sexual. *Diario Clarín*, 29/07/2009, Buenos Aires.
- Clarín. (2015). Ranking de los honestos. *Diario Clarín*, 14/07/2015, Buenos Aires. Recuperado de: <https://bit.ly/3pNrHy6>.
- Clarín. (2018). Las polémicas definiciones de Abel Albino en el Senado. *Diario Clarín*, 25/07/2018, Buenos Aires. Recuperado de: <https://bit.ly/31Nhsjl>.
- Cueto, M. (2001). *Culpa y coraje. Historia de las políticas del VIH-sida en el Perú*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Farji Neer, A. (2015). Cuerpo, derechos y salud integral: Análisis de los debates parlamentarios de las leyes de identidad de género y fertilización asistida. *Salud Colectiva*, v. 11, n. 3, p. 351-366. doi: 10.18294/sc.2015.721.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad. Tomo I. La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2009). *Historia de la locura en la época clásica. Tomo I*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Kornbliht, A. (2018). Alberto Kornbliht en el Senado de la Nación. Recuperado de: <https://bit.ly/31US4Kl>.

- Kornblihtt, A. (2021). *No, no está bien. Está mal. Una pasión por la ciencia (y por el arte y la política)*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Leyton, C. (2020). *La ciencia de la erradicación. Modernidad urbana y neoliberalismo en Santiago de Chile: 1973-1990*. Colección Estudios sobre la ciencia, n. 73. Madrid: CSIC.
- Linares, L. (2021). Luna roja. Una historia del VIH-sida en Argentina en clave de rock (1982-2001). Ponencia presentada en el *IX Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad en Argentina y América Latina*. 17 al 19 de mayo.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). Situación de las infecciones de transmisión sexual en la Argentina. *Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina*, v. 22, n. 36. p. 14-23. Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina. Recuperado de: <https://bit.ly/3oN9u4c>.
- Miranda, M. (2011). *Controlar lo incontrolable. Una historia de la sexualidad en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos.
- Miranda, M. (2020). *Madre y Patria! Eugenesia, procreación y poder en una Argentina heteronormada*. Buenos Aires: Teseo.
- Miranda, M. (2021). Heteronormatividad y disidencias: Argentina ante la sífilis y el sida (1930-1990). *Historia y sociedad*, n. 41, p. 45-68. doi: 10.15446/hys.n41.86238.
- Miranda, M.; Vallejo, G. (2014). Iglesia, eugenesia y control de la moral sexual. Apuntes para una historia del onanismo. En: Barrancos, D.; Guy, D.; Valobra, A. (eds.). *Moralidades y comportamientos sexuales. Argentina, 1880-2011*. Buenos Aires: Biblos. p. 251-272.
- Molinari, I. (2016). *Vencer el miedo. Historia social de la lepra en la Argentina*. Rosario: Prohistoria.
- Morosi, P.; Lavaselli, A. (2018). *El último cruzado. Monseñor Aguer, intrigas e intimidaciones de la Iglesia argentina*. Buenos Aires: Planeta.
- Normand, F. (2000). El poder del Opus Dei. *Le Monde Diplomatique (edición Cono Sur)*, n. 7, p. 18-20.
- Palma, H. (2018). Consideraciones sobre la recepción del evolucionismo en la Argentina. El disparatado caso de la regeneración social en Quijotanía. En: Vallejo, G.; Miranda, M.; Ruiz Gutiérrez, R.; Puig Samper, M. (eds.). *Darwin y el darwinismo desde el sur del sur*. Madrid: Ediciones Doce Calles. p. 267-282.
- Quarracino, A. (1994a). Quarracino sobre los homosexuales. Programa televisivo *Claves para un mundo mejor*, Canal ATC. Recuperado de: <https://bit.ly/3oNPVZL>.
- Quarracino, A. (1994b). Cardenal Quarracino con Bernardo Neustadt. Programa televisivo *Tiempo Nuevo*, Canal Telefe. Recuperado de: <https://bit.ly/3yiDIVw>.
- Rouillon, J. (2009). Dura crítica de la Iglesia por la educación sexual escolar. Diario *La Nación*, 30/07/2009. Buenos Aires. Recuperado de: <https://bit.ly/3EUgodG>.
- Scharagrodsky, P. (2017). Sobre exclusiones, fracasos y resistencias. El primer bachillerato trans Mocha Celis. En: Cervini, R. (comp.). *El fracaso escolar. Diferentes perspectivas disciplinarias*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Smink, V. (2009). Sexualidad neomarxista. *BBC, News-Mundo/Argentina*, 31/07/2009, Londres. Recuperado de: <https://bbc.in/3DPsKsX>.
- Tissot, S. (2003). *El onanismo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Tuñón, I. (2019). *Infancia(s). Progresos y retrocesos en clave de desigualdad. Documento estadístico. Barómetro de la Deuda Social Argentina. Serie Agenda para la Equidad (2017-2025)*. Buenos Aires: Universidad Católica Argentina. Recuperado de: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/10246>.
- Vallejo, G. (2013). Una eugenesia liberal y católica en la segunda posguerra. Argentina en la década de 1960. En: Calvo, L.; Girón, A.; Puig Samper, M. (eds.). *Naturaleza y laboratorio*. Barcelona:

Publicacions de la Residència D'Investigadors CSIC-Generalitat de Catalunya, n. 39. p. 265-298. Recuperado de: <https://bit.ly/33iprHj>.

Vallejo, G. (2016). La niñez como síntoma de males sociales. Pervivencias de la eugenesia ambiental en Argentina. En: Caponi, S.; Vasquez, M.; Verdi, M. (eds.). *Vigiar e medicar. Estratégias medicalização da infância*. São Paulo: LiberArs. p. 115-132.

Vallejo, G. (2018). Espacio público e igualdad. Reflexiones en torno a pervivencias contemporáneas de una noción clásica. *Anacronismo e irrupción. Revista de Teoría y Filosofía Política Clásica y Moderna*, v. 8, n. 15, p. 100-120.

Vallejo, G. (2020). Biopolíticas de la pandemia. *Epidemias y salud global. Reflexiones desde la Historia*. Recuperado de: <https://bit.ly/3rYbE2W>.

Notas sobre darwinismo y eugenesia en el proyecto neoliberal

Susana Murillo¹

*Los objetivos eugenésicos
probablemente serán logrados
bajo otro nombre que
no será eugenesia.*
Frederick Osborn, 1968

Introducción

El término “eugenesia”, fue eliminado —tras la Segunda Guerra Mundial— de una serie de programas y de organismos públicos y privados. La supresión de tal nombre es un analizador posible de una mutación epistémica correlativa a lo planteado en 1947, cuando se conformó la Société du Mont-Pèlerin; una organización que, retomando los postulados del Coloquio Lippmann de 1938 (Foucault, 2007; De Büren, 2015; Murillo, 2020), se constituyó en la primera organización internacional neoliberal. Desde las primeras reuniones de la Mont-Pèlerin hasta el presente, se ha planteado la necesidad de efectuar una *revolución cultural* a nivel global que sea acorde a los principios neoliberales sustentados en la primacía del mercado. Esa revolución cultural debía apuntar fundamentalmente —según planteaban los líderes de la organización, miembros de la escuela austríaca, como Friedrich Hayek y Ludwig von Mises— a transformar los *valores de las poblaciones* (Hayek, 2000; Hayek 2014; von Mises, 1989), en un sentido que no retiraba al Estado de la arena política, sino que paulatinamente tendía a transformarlo en un “socio” o “cliente” (Banco Mundial, 2004; Murillo, 2008), articulado con la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales (ONG), empresarios, medios de comunicación y organismos internacionales. Esta nueva organización mundial destituye la visión tradicional de la geopolítica, centrada en Estados soberanos (Badie, 2021) al tiempo que tiende a evitar, o al menos a ocultar cuando ello es posible, las intervenciones con violencia manifiesta y a construir un “poder suave” (Nye, 2004) sobre las poblaciones. En esa clave, la construcción social de subjetividades se ha tornado central (Murillo, 2008; 2020).

En este sentido no se habla en este artículo de “neoliberalismo” como una mera teoría económica, sino como un “proyecto civilizatorio” que tiende a configurar los aspectos morales, sociales, afectivos y cognitivos de diversos sectores de las

¹Doctora *summa cum laude* en Ciencias Sociales. Investigadora, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

poblaciones. En este proceso si bien hay valores universales ligados al mercado, como el autointerés, la autorresponsabilización individual, la propiedad privada y el contrato como núcleo de las relaciones políticas, así como la incertidumbre como un aspecto necesario de las condiciones para habitar el mundo y, en relación a ello, la pobreza y la desigualdad como necesarias e inevitables (Hayek, 2000; Hayek 2014; Banco Mundial, 2004; Murillo, 2020); tales valores deben desplegarse en cada territorio de modo acorde a sus características (Nye, 2004).

En esa clave, la pregunta que plantea este artículo es si la eliminación del nombre “eugenesia” (así como su significado literal, proveniente del griego, que alude a un origen bueno) implica su desaparición, o si el modo de desplegar las estrategias eugenésicas y el darwinismo social han mutado, al tiempo que conservan varios de sus fundamentos.

Con el objetivo de afrontar este interrogante, se parte del concepto enunciado por Michel Foucault, acerca de la materialidad de los discursos. En esta perspectiva teórica, los sentidos que las palabras adquieren dependen de las tácticas y estrategias en que se inscriben, cuáles son sus superficies de emergencia, cuáles son sus instancias de delimitación, desde qué posiciones de sujeto se habla, cuáles son sus efectos sobre los cuerpos concretos. El “discurso”, en ese sentido, no es reductible a “lenguaje”; tiene una materialidad que implica relaciones concretas de poder entre cuerpos individuales y colectivos, relaciones en las que las instituciones, así como las posiciones de sujeto, constituyen una materialidad que conforma las relaciones sociales concretas, siempre en una cambiante asimetría de poder (Foucault, 1991; 1979).

En esa perspectiva es que se plantea en este trabajo que la pos Segunda Guerra Mundial y la Guerra Fría constituyen la superficie de emergencia de tanques de ideas neoliberales (Foucault, 2007; De Büren, 2015) que —al tiempo que hacen desaparecer del mundo público algunos términos como “eugenesia” y “darwinismo social” debido a los horrores del nazismo— han mantenido algunos de los fundamentos de esos procesos; aunque su población objeto y sus instancias de delimitación han virado y algunas de sus tácticas y estrategias se han modificado en relación a las cambiantes luchas por el poder y a las innovaciones en el campo de la ciencia y la tecnología. Todo lo cual coloca en el escenario nuevas posiciones de sujeto, instituciones y tácticas, y configura una mutación epistémica que conserva, sin embargo, el objetivo de limitar la reproducción de ciertas poblaciones en relación a fines económicos o políticos. En ese sentido, si bien el objetivo del mejoramiento de la raza ya no es esgrimido, se perpetúan algunos de los objetivos básicos de la eugenesia “negativa” y el darwinismo social, ahora trasmutados en *estrategias nuevas* que articulan contantemente dos tácticas: la violencia física, simbólica o social, o la constante interpelación

ideológica a la completud en un mundo en el que debe aceptarse la incertidumbre como horizonte de vida².

El darwinismo social en la estrategia epistemológica del neoliberalismo

El neoliberalismo es un complejo proyecto civilizatorio (Murillo, 2020) que se nutre de diversas estrategias discursivas que le dan legitimidad epistemológica. Entre ellas encontramos a los inventores modernos de la *propaganda*, tal es el caso de Walter Lippmann, quien dio su nombre al primer encuentro internacional neoliberal en 1938 (Coloquio Lippmann). Lippmann, ya en 1922, en su libro *Opinión pública* y, en 1927, en *El público como fantasma*; al igual que su colega Louis Bernays en su obra *Propaganda* de 1928, sostenían que la democracia debía ser reformada dado que las poblaciones eran “hordas” incapaces de gobernarse a sí mismas (Lippmann, 2003, 2011; Bernays, 2008). Proyecto que, debido a la Segunda Guerra Mundial, recién comenzará a desplegarse en 1947 en la Société du Mont-Pèlerin. Bernays sostenía que “la manipulación consciente e inteligente de los hábitos y opiniones organizados de las masas es un elemento de importancia en la sociedad democrática” (Bernays, 2008, p. 15); para ello, afirmaba, se requiere de la existencia de un “gobierno invisible” constituido por quienes están destinados a efectuar tal “conducción”, pues ellos “*nos gobiernan merced a sus cualidades innatas* para el liderazgo, su capacidad de suministrar las ideas precisas y *su posición de privilegio en la estructura social*” (Bernays, 2008, p. 15-16) (cursivas añadidas). En esa clave, se iniciaba tempranamente una sustitución —o al menos el ocultamiento, siempre que ello sea posible— de la violencia manifiesta por la construcción de valores nuevos a través de la convicción o de la “seducción” (Nye, 2004). Se trata de construir una “democracia de espectadores”, que ha sido profundizada hasta el presente en relación a las innovaciones tecnológicas en comunicaciones (Sierra González, 2008).

En ese proceso de construcción, los textos de Lippmann y Bernays fueron reeditados varias veces con prólogos diversos y en diferentes idiomas —desde la década de 1990 hasta el presente— para cuestionar una visión ideal de la democracia frente a los problemas que ella tiene a nivel fáctico en relación al proyecto neoliberal. Sus conceptos ya habían sido retomados y profundizados desde finales de la Segunda Guerra Mundial por Friedrich Hayek, líder de la escuela austríaca, ligado a la de Chicago, corriente vinculada a su vez al anarcoliberalismo. Hayek sostuvo con claridad en 1944, que quienes han sido “más capaces” o “más afortunados” en competir en el mercado son quienes deben gobernar “directamente” al mundo, sin

²En este trabajo no abordamos la denominada “eugenesia liberal” o “eugenesia positiva” que, merced a los avances de la genética y la biología sintética entre la segunda mitad del XX y primeras décadas del siglo XXI posibilitan de manera privada intervenir durante el embarazo sobre el feto, a fin de mejorar ciertas condiciones del futuro niño o limitar ciertas posibles enfermedades, o influir en la realización de abortos en el caso de encontrarse en el feto ciertas deficiencias, o incluso inducir a la esterilización. Sobre estas técnicas no trabajamos en este artículo, ni sobre los debates que en torno a ellas hoy se plantean. Solo nos centramos en algunas de las posibles derivas de la denominada “eugenesia negativa”.

mediaciones políticas ni obstáculo basados en conceptos como el de “justicia social”, “democracia social” o “redistribución del ingreso”. De modo que “toda política directamente dirigida a un ideal sustantivo de justicia distributiva tiene que conducir a la destrucción del Estado de derecho” (Hayek, 2000, p. 113). En esa clave, sostenía en 1978, es menester construir una *nueva moral* centrada en la competencia en la sociedad entendida como un juego, e impulsar su “difusión gradual a nivel global”, a fin de evitar que el Estado otorgue “por la fuerza” lo que los menos exitosos no pudieron obtener en el juego (Hayek, 1989). Con ello plasmaba la matriz de las estrategias de las dictaduras del Cono Sur, con las que colaboraba; procesos que consolidaban —a través de la violencia— el neoliberalismo en América Latina y el Caribe. Así, en 1981, en el diario *El Mercurio* de Chile afirmaba:

Una sociedad libre requiere de ciertas morales que en última instancia se reducen a la mantención de vidas: *no a la mantención de todas las vidas, porque podría ser necesario sacrificar vidas individuales* para preservar un número mayor de otras vidas. Por lo tanto, *las únicas reglas morales son las que llevan al “cálculo de vidas”: la propiedad y el contrato.* (Hayek, 1981, citado en Caldwell & Montes, 2015, p. 137) (cursivas añadidas)

Desde esta perspectiva se ha justificado legitimar epistemológicamente la reducción de población en países del tercer mundo. Para ello se resignifican los viejos postulados del darwinismo social y la eugenesia sobre las poblaciones, ahora obturados tras conceptos como el de “lucha contra la pobreza”, “planificación familiar” o “derechos humanos individuales”. Al tiempo que, tras la pretensión científica plasmada por primera vez por Hayek en *The Sensory Order* en 1952, se ha ido construyendo el “programa fuerte” de las neurociencias (Ehremberg, 2004) que ubica al yo en el sistema nervioso y a partir de ello, con base en innovaciones biotecnológicas, se pretende conocer, prever y monitorear las conductas de diversos segmentos poblacionales, a fin de que cada uno de ellos asuma “naturalmente” su lugar en posiciones sociales desiguales; a la vez que la “natural” pertenencia a esos “estratos” desiguales se debería a las características adquiridas sobre la base de la herencia genética. El conocimiento e intervención sobre las poblaciones menos dotadas implica, entre otros aspectos, la interpelación ideológica para que limiten su reproducción voluntariamente. En esa clave, Hayek en 1978 en *El atavismo de la justicia social*, sostenía que los sentimientos morales tendrían una base genética hereditaria; en particular los de “justicia social” serían sentimientos muy primitivos, alojados en la parte inferior y más antigua del cerebro humano provenientes de hombres “primitivos” que debían sustentar las necesidades de un grupo pequeño y que “lo más probable” es que “llegaron a ser innata o genéticamente determinados” (Hayek, 1989, p. 184). No obstante, a fin de evitar el estigma eugenésico y el vínculo directo con el darwinismo social sustentaba que “la selección no es exactamente natural”, sino que ella radica en “la selección competitiva de las instituciones culturales” (Hayek, 1989, p. 193-194). Un sugerente giro discursivo que a pesar de todo no puede negar sus vínculos con

el Darwin de *El origen del hombre*³, quien en ese texto vuelve a Lamarck, valora la herencia de lo adquirido y sanciona desde lo cultural la superioridad de unas poblaciones sobre otras. La argumentación es sugerente pues este discurso fue sostenido un año después de la intervención personal de Hayek en el denominado “experimento Chile” que, sobre la base de experimentos de tortura llevados a cabo en EEUU con personas con trastornos mentales, promovió un modelo de transformación de valores en las poblaciones del Cono Sur (Klein, 2007; Murillo, 2008).

En esa clave, las diferencias “culturales” se expresarían en la inferioridad de las instituciones, así como en la corrupción de los gobernantes de ciertas regiones respecto a otras. Tal sería el caso de América Latina y el Caribe (ALyC), cuyas desigualdades serían el efecto de haber sido colonizados por España y Portugal cuyas instituciones y cultura serían inferiores respecto de las instituciones “igualitarias” que habrían caracterizado a la historia de EEUU (Banco Mundial, 2004). Inferioridad que se expresaría en los valores atávicos de sus poblaciones que deberían ser modificados a fin de evitar su excesiva reproducción (Nye, 2004; Gupte, 2017).

Planificación familiar y pedidos de disculpas luego de Segunda Guerra Mundial

A partir de la década de 1950 es posible avizorar que algunas organizaciones se disculpan por un pasado eugenésico, a la vez que otras simplemente eliminaron el término “eugenesia”; al tiempo que su actividad continúa hasta ahora, bajo el rótulo de “planificación familiar” y o “lucha contra la pobreza”, ligada a otras acciones en favor de la salud, en especial en los pueblos del denominado “tercer mundo”.

Así, la Carnegie Institution for Science es una institución filantrópica que actualmente se compromete a una tarea de equidad mundial en favor de la educación, la paz, la cooperación internacional y el desarrollo del tercer mundo. En el presente se hace cargo de su labor del pasado, tras afirmar que ello es necesario para el bien de su país (EEUU). En esa perspectiva esa institución sostiene:

Nuestra participación en la eugenesia se remonta a 1902, cuando el zoólogo Charles B. Davenport recibió apoyo de Carnegie para establecer una “Estación Biológica Experimental para el estudio de la evolución”. Cuyo objetivo declarado era el “estudio analítico y experimental de las causas de la diferenciación específica del cambio racial”. Esto se convirtió en la Oficina de

³Charles Darwin en *El origen del hombre* en 1871 (hay que diferenciar de *El origen de las especies* de 1859) tiende a acentuar el valor de las variaciones individuales *adquiridas*, frente al papel de la herencia y al valor explicativo del *azar*. Respecto de las condiciones de tal variabilidad, en este texto Darwin se pronuncia a favor de las condiciones ambientales. Allí analiza y compara a “los miembros de las naciones bárbaras” y a los de las “naciones civilizadas” (Darwin, 1997, p. 243 y ss.) y sostiene que el cambio de condiciones ambientales produce efectos en las especies y que esos cambios de condiciones en el caso de la especie humana, no son solo producto de la variabilidad natural sino también de la “*selección metódica*” efectuada en ciertos pueblos y periodos, la cual tiende al mejoramiento de las razas. Como consecuencia de ello, sostiene la necesidad de efectuar controles de crecimiento poblacional pues el conocimiento de la capacidad reproductora es “menor en las razas bárbaras que en las civilizadas” (Darwin, 1997, p. 251).

Investigación Eugénica, y a partir de entonces, y durante más de 30 años, los investigadores de Carnegie ayudaron a liderar el movimiento eugenésico con el apoyo expreso de la comunidad científica dominante de los EEUU [...] Carnegie cerró la Oficina de Investigación Eugénica en 1939 y canceló todas las investigaciones relacionadas con la eugenesia en 1944. (Carnegie Science, 2020)

También *Planned Parenthood* (Paternidad/Maternidad Planeada) —ligada a la familia Gates (Vidal, 2016; AIM, 2020), ya que William H. Gates II fue un importante directivo—, conformó una organización que tuvo su origen en la American Eugenics Society (Sociedad Americana de Eugenesia). En una entrevista en 2003, su hijo, William Gates III —también filántropo y empresario— admitió y se disculpó por la actividad de su padre en esa organización que, en sus palabras, fue fundada bajo el concepto de que todos los seres humanos son “reproductores insensatos” y “malas hierbas humanas” que necesitan ser erradicadas de forma selectiva (Romero, 2012). Luego de la Segunda Guerra Mundial, también esa organización rompió lazos nominales con la eugenesia, aunque no cesó en sus prácticas, al menos en algunos estados de EEUU (Stern, 2006). En la actualidad ofrece servicios para la salud reproductiva, que incluyen esterilizaciones voluntarias, a personas de todo el mundo. Esta organización internacional que tiene una de sus sedes en Argentina, hoy es objeto de polémicas debido a una investigación iniciada el 14 de agosto de 2015 por el Comité del Congreso de los EEUU, por vender fetos abortados; tal actividad fue confirmada públicamente por la directora de la organización el 13 de octubre de ese año (González, 2015; Escalada & Ronconi, 2018).

Otro ejemplo es la Fundación Rockefeller, también de carácter filantrópico, cuyos comienzos se remontan a 1889, bajo la influencia del trabajo publicado por Andrew Carnegie, denominado *El evangelio de la riqueza* (Rockefeller Time Line, 2007). La fundación obtuvo sus credenciales oficiales en 1913 —dos años después que la fundación Carnegie—, fue creada por John Rockefeller, dueño de Standard Oil y por el empresario de la industria del gas y filántropo, Frederick Taylor Gates. Sus objetivos se centraron en salud y educación, al tiempo que participó en experimentos eugenésicos (Black, 2003; Pacchioli, 1996; García Camarero, 2017). En el siglo XX la mayoría de los dirigentes en salud pública se capacitaron en escuelas estadounidenses ligadas a esa fundación. “Las primeras instituciones, fundadas con el apoyo de la Fundación Rockefeller, fueron: John Hopkins, Yale, Columbia y Harvard, que se convirtieron en lugares de prestigio y referencia para quienes escogían la salud pública como especialidad” (Ramaciotti, 2017, p. 101). A partir de 1941 estableció filiales en la región Andina y el Río de la Plata con el fin de estandarizar e intercambiar información especializada, así como en la formación de personal sanitario, particularmente en área de higiene; su tarea científica, según ha constatado Ramaciotti (2017) no fue ajena a problemas en las relaciones entre EEUU y la región. La influencia de esta organización en América Latina y el Caribe fue amplia. Esta institución fue demandada en 2019 por la Justicia de EEUU junto al grupo farmacéutico Bristol-Myers Squibb y la Universidad John Hopkins por

participar en un *experimento gubernamental* que afectó, con distintas enfermedades venéreas como sífilis y gonorrea, a miles de guatemaltecos. La acción legal, implicó mil millones de dólares en concepto de multa. El experimento tuvo lugar entre 1946 y 1948 en Guatemala, cuando las tres entidades estadounidenses realizaron estos estudios sin el consentimiento de las víctimas. Según el *Informe de la Comisión presidencial para el esclarecimiento de los experimentos en humanos en Guatemala 1946-1948*, publicado en abril de 2011:

Entre 1946 y 1948, el Laboratorio de Investigaciones de Enfermedades Venéreas (VDRL) del Servicio de Salud Pública de los EEUU de Norteamérica (USPHS) y la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP, siglas inglesas: PASB), virtualmente una dependencia del gobierno estadounidense instalado en América Latina y antecesora de la actual Organización Panamericana de la Salud (OPS), decidieron, diseñaron y patrocinaron experimentos humanos en Guatemala infectando deliberadamente y subrepticamente con microorganismos que causaban severas enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea y chancroide) a personas que sirvieron de sujetos de experimentación biológica. Estos sujetos, desconocedores de lo que se les haría, provenían de sectores menesterosos, despreciados y desprotegidos de la población guatemalteca (prisioneros, soldados, enfermos mentales y trabajadoras del sexo). (Gobierno de Guatemala, 2011, p. 9)

Según el informe, el hecho configuró “una brutal violación del principio de no maleficencia al provocar un daño con la inoculación de una ‘substancia’ nociva (inoculación de sífilis, gonorrea y chancroide)” (Gobierno de Guatemala, 2011, p. 84), a la vez que el Servicio de Salud Pública de los EEUU cooperó con autoridades guatemaltecas (Gobierno de Guatemala, 2011). El caso fue expuesto en los tribunales estadounidenses por cientos de guatemaltecos. En 2010, el entonces presidente de EEUU Barack Obama y Hillary Clinton también se disculparon personalmente por los experimentos (BBC News, 2010).

La investigadora de la Universidad de Michigan, Alexandra Stern, encontró formularios de esterilización y, en base a ellos, ha estudiado el uso de la esterilización involuntaria en el estado de California entre 1909 y 1979. La historiadora sostiene que, durante ese período, unas 20.000 personas mexicanas fueron castradas en California, en el hospital del condado de Los Ángeles, procedimiento solventado por el gobierno federal. No obstante, establece que es imposible calcular el número de personas efectivamente esterilizadas, debido a la dificultad de acceder a las fuentes. Otras investigadoras también afirman que las esterilizaciones en EEUU tuvieron como blanco a las y los latinos (Smith, 2020; Novak & Lira, 2018). En California, las esterilizaciones forzadas, a partir de la década de 1950 fueron caracterizadas como una estrategia de “salud pública” cuyo objetivo era “desechar los efectos indeseables de la población y fortificar al Estado como un todo” (Stern, 2006, p. 177). Los argumentos utilizados a partir de la década de 1950, a fin de realizar esterilizaciones forzadas a latinos, latinas y afrodescendientes, reemplazaron las tradicionales fundamentaciones

basándose en debilidad mental o alcoholismo, por las de deficiencias en las capacidades de cuidado maternas o paternas. Los eugenistas de posguerra que sostuvieron estos argumentos lo hicieron con el apoyo de tres instituciones: *Population Council* (Consejo de Población) —ONG creada en 1952 por John D. Rockefeller, que desde entonces realiza investigación en biomedicina, ciencias sociales y salud pública en países en desarrollo; cuyo primer director, nombrado por Rockefeller, fue Frederick Osborn, quien en 1968 escribió: “Los objetivos eugenésicos probablemente serán logrados bajo otro nombre que no será eugenesia” (Hartmann, 2006, p. 207) (traducción propia)—; la *Population Reference Bureau* (Oficina de Referencia en Población) —creada en 1929, cuyas tareas de investigación demográfica están desde entonces ligadas a informar al mundo acerca de la fertilidad, de niños y familias bajo el enfoque de “informar”, “empoderar”, “avanzar” (Population Reference Bureau, 2021)—; la tercera institución es la ya mencionada *Planned Parenthood* (Stern, 2006).

Stern sostiene que, entre fines de la década de 1960 y la década de 1970, factores diversos confluyeron con el aumento de reclamos respecto de restricciones a la inmigración, lo cual impulsó a que muchos médicos apoyasen las esterilizaciones forzadas en EEUU (Stern, 2011). En ese contexto, en nombre de la salud pública, mujeres en su mayoría obreras de origen mexicano fueron obligadas a la ligadura de trompas luego de dar a luz. Estos procedimientos, así como el impulso a la esterilización voluntaria fueron llevados a cabo y financiados por agencias federales como la Office of Economic Opportunity (OEO) que comenzaron a proveer fondos a partir de la iniciativa de planificación familiar del presidente Lyndon Johnson, nominada como *guerra contra la pobreza* en 1964 (Rector & Sheffield, 2014). Según prueba Stern, las esterilizaciones involuntarias comenzaron a subir en diversos estados como Alabama y Carolina del Norte, por lo menos hasta 1979. En la década de 1970, mujeres aborígenes y afrodescendientes del sur de EEUU, hicieron alegaciones por haber sido forzadas a aceptar esterilizaciones. Los reclamos llevaron a un juez de EEUU a sostener que “la línea entre planificación familiar y eugenesia es turbia” y estimó que entre 100 mil y 150 mil mujeres habían sido esterilizadas en condiciones poco claras, proceso denunciado también por el doctor Rosenfeld, médico del Hospital General del Condado de Los Ángeles (Stern, 2011, p. 181). Tales hechos impulsaron a mujeres portorriqueñas y a feministas estadounidenses de origen mexicano a denunciar operaciones de esterilización involuntaria, encubiertos en los programas denominados de “lucha contra la pobreza” (The Committee to Stop Forced Sterilization, 1971).

Según otras fuentes, la cifra de mujeres esterilizadas de manera involuntaria en EEUU crece, aunque es imposible conocer su número con exactitud, si se suman decenas de miles de mujeres afrodescendientes esterilizadas en las décadas de 1960 y de 1970 o las recluidas en centros de internamiento de extranjeros, donde se han multiplicado las denuncias en los últimos años (Brunner & Grande, 2021). Varios medios de comunicación han denunciado más de un centenar de esterilizaciones forzadas en California entre los años 2006 y 2010. La investigación tuvo muchas dificultades para acceder a pruebas, pero se logró comprobar que al menos 148 mujeres prisioneras en dos cárceles estatales de California fueron esterilizadas a pesar de que la ley no lo permite (Usi, 2020). Según Stern, los médicos, justificaron

la intervención por el gran número de hijos de las presas. La investigadora afirma que estos casos no son eugenésicos de la misma manera que los del pasado, pero sí demuestran que las ideas de la eugenesia siguen todavía, hoy en día, muy vivas en algunas regiones de EEUU. Proceso que hizo que durante la década de 1990 se votaran leyes en California que negaron derechos sanitarios, educativos y sociales a quienes son considerados “inmigrantes ilegales”, al tiempo que se mantiene el concepto del “problema mexicano” para la salud física y fiscal del país (Stern, 2011, p. 184); pues políticos contemporáneos y organizaciones estadounidenses describen a los mexicanos y sus descendientes como menos inteligentes, inmorales, hiperfértiles y con inclinaciones criminales (Novak & Lira, 2018).

Los programas de esterilizaciones, la planificación familiar y la lucha contra la pobreza en el tercer mundo: Asia, África, América Latina y el Caribe

Si bien es cierto que cada territorio en el planeta ha llevado adelante, de modos diversos, programas de eugenesia (Vallejo & Miranda, 2005), también es menester tomar en cuenta que la articulación de organismos internacionales, en especial tras la construcción de estrategias acordadas en la internacional neoliberal de 1947 en Mont-Pèlerin, han posibilitado algunas semejanzas como pueden encontrarse en tres casos emblemáticos: el de India (Asia), la Isla Reunión (África) y el de Perú (América Latina); tres territorios con enormes diferencias culturales, pero sobre los cuales cayeron programas de planificación familiar o de lucha contra la pobreza con ciertas semejanzas.

En esa clave, es menester insistir en que en el neoliberalismo la soberanía de los Estados nación se modifica al mismo tiempo que —en particular, en el denominado “tercer mundo”— el Estado se transforma, entre otros aspectos, en un gerente local de la seguridad internacional, y se articula con organismos internacionales y ONG; de modo que las intervenciones sobre las poblaciones responden a una articulación internacional de empresas, no a una lógica emergente de políticas soberanas de Estados nación (Badie, 2021).

La planificación familiar en la India —sostiene la doctora Prajakta Gupte— desde su inicio en 1951 hasta su apogeo en 1977, debe analizarse en el contexto de una campaña para controlar la población mundial que abarcó al África subsahariana y Asia. “El Banco Mundial otorgó al gobierno indio un préstamo de 66 millones de dólares entre 1972 y 1980 para esterilización” (Gupte, 2017, p. 40). Según otras fuentes, además estuvieron involucrados en ello: la autoridad sueca de Desarrollo Internacional y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (BBC News, 2014). El programa, ejecutado por el gobierno central de la India, se sostuvo desde el concepto de que el desarrollo económico está ligado al descenso poblacional. Como resultado, la planificación familiar se incorporó a los dos primeros planes quinquenales de la India, aunque las metas y los presupuestos más amplios se introdujeron luego de 1965. La campaña se centró en las zonas rurales y se incentivó a

las familias a reducir el número de hijos, no obstante, no contó con la adhesión de las poblaciones, debido a valores culturales arraigados en la India. En 1975, la crisis internacional e interna, impulsaron a una campaña de esterilización forzada, pero en muchos casos embozada bajo del concepto de “voluntaria”. Varios estados de la parte norte de la India, conformaron lo que se conoció como el “cinturón de vasectomía”, pues comenzaron a competir entre sí para lograr el mayor número de esterilizaciones masculinas. En 1976 se modificó la Constitución y se otorgó al gobierno central el derecho a ejecutar programas de planificación familiar. Se movilizó a los líderes políticos y se establecieron campamentos y objetivos de esterilización. Cada estado fue presionado a fin de que cumpliera con cuotas de esterilización que fueron llevadas adelante no solo de forma violenta, sino de modo indirecto. El gobierno emitió circulares indicando que la promoción y los pagos a los empleados estaban en suspenso hasta que se completaran las cuotas de personas que debían ser convencidas de someterse a la esterilización. Según Gupte (2017), en algunas zonas, los trabajadores y las trabajadoras debían presentar un certificado de esterilización para recibir sus salarios o incluso para renovar su licencia de conducir; al tiempo que a las personas con más de tres hijos se les prohibió tener un trabajo en el gobierno a menos que estuvieran esterilizadas. Del mismo modo, se suspendió el tratamiento médico gratuito en los hospitales hasta la presentación de un certificado de esterilización. Al tiempo que a maestros y policías se les asignaron cuotas y sus salarios se determinaron en función del número de personas a las que habían convencido para someterse a la esterilización (Gupte, 2017). Los blancos fundamentales fueron los sectores campesinos pobres, los analfabetos, los presos, los habitantes de las calles, y los pacientes de hospitales. En Uttar Pradesh, el estado más poblado de la India, los campos de vasectomía realizaron inicialmente 331 operaciones por día, hasta llegar a 5.664 operaciones en una sola jornada (Mehta, 2015). En su libro de 1977, *The Judgment: Inside Story of Emergency in India*, el periodista Kuldip Nayar describió casos de resistencia violenta de las poblaciones a ser esterilizadas. Los habitantes de varias aldeas apedreaban a la policía o se escondían en los campos, a la vez que algunos eran ametrallados (Nayar, 1977). Según Soutik Biswas, “6,2 millones de hombres hindúes fueron esterilizados en solo un año, lo que fue ‘15 veces el número de personas esterilizadas por los nazis’; según la periodista científica Mara Hvistendahl. Dos mil hombres murieron por operaciones fallidas” (Biswas, 2014).

Si bien en 1978 las esterilizaciones decayeron en India no por ello desaparecieron hasta el presente, y en muchos casos el gobierno central deja la tarea en manos de grupos privados. Según el diario británico *The Guardian* (Doshi, 2016), los programas de esterilización de la India, son financiadas por el Banco Mundial, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID, por sus siglas en inglés) y otras organizaciones internacionales. El gobierno central pagó compensaciones por 568 muertes a consecuencia de las esterilizaciones, pero entre el 2003 y el 2012 fueron 1.434 los fallecimientos. En tanto que entre 2013 y 2014 India realizó cerca de 4 millones de esterilizaciones, según cifras oficiales (Video Volunteers, 2018). Se informaron más de 700 muertes debido a cirugías fallidas entre 2009 y 2012. Se estima que, entre 2011 y 2012, el 37% de las mujeres casadas han sido esterilizadas. (BBC News, 2014;

Biswas, 2014) Se trata de un programa nacional, y las mujeres reciben a cambio de operarse el equivalente a unos 18 o 23 euros. Las esterilizaciones se han producido en los estados más pobres del país, como Chhattisgarh. En 2013, señalaba el diario *The Guardian*, “un canal de televisión mostró imágenes de mujeres tiradas en un campo, inconscientes, después de ser todas ellas esterilizadas en un hospital que, además, carecía de lo mínimo necesario” (*The Guardian*, 2013; citado en Flores, 2014; Doshi, 2016). El 22 de febrero de 2020 el mismo periódico informaba que tras una ola de protestas el gobierno retiró la orden impartida el 11 de febrero según la cual “los trabajadores de la salud tenían plazo hasta el final del año financiero en curso para realizar una esterilización”, al tiempo que interpeló a los varones a hacerse responsables de su esterilización (Dhillon, 2020). Este discurso de la “autorresponsabilización”, propio del proyecto neoliberal, llega en este punto a un límite pocas veces sobrepasado en la política de la crueldad: construye la culpa subjetiva frente al rechazo a mutilar la propia vida.

El 8 de julio de 2017, tras una reunión del G-20, el presidente Macron de Francia, afirmó ante una pregunta de un periodista marfileño que: “El Plan Marshall fue un plan de reconstrucción, material, en países que tenían su equilibrio, sus fronteras, su estabilidad, el desafío de África es totalmente diferente, es mucho más profundo, es *civilizatorio*” (cursivas añadidas). Y agregó más adelante que África requiere “una transición demográfica exitosa, ya que cuando los países todavía tienen de siete a ocho hijos por mujer hoy, aun cuando decidas gastar miles de millones de euros, con esa situación no puedes estabilizar nada” (Chevalier-Caron, 2018) (traducción propia).

Las palabras del presidente francés desataron una serie de polémicas que pusieron en cuestión la historia oficial francesa. En particular, el libro *Le ventre des femmes* de la investigadora Françoise Vergès, quien afirma que en la posguerra surgió un discurso según el cual la “superpoblación” es la causa del subdesarrollo, ese discurso se expresa en el concepto de que África “se frena porque las mujeres africanas tienen demasiados hijos”, ideología “que atribuye a las mujeres del tercer mundo la responsabilidad de la miseria y la pobreza” (Vergès, 2017; citado en Chevalier-Caron, 2018) (traducción propia). El libro y las palabras del presidente francés, que en ese caso no pidió disculpas, trajeron al presente una historia olvidada y ahora visibilizada en el libro de Françoise Vergès. Se trata de abortos y esterilizaciones forzadas, realizados en la isla de La Reunión, un departamento de ultramar de Francia, cercana a Madagascar, que forma parte de la República y de la Unión Europea, pero cercana a la India; de modo que las personas afectadas fueron tanto africanas como asiáticas. La isla es de particular importancia militar y estratégica para la presencia francesa y europea en el océano Índico y por su proximidad a África Oriental (Bouamama, 2018).

El caso salió a la luz a partir de la denuncia de un médico y de 30 mujeres que testificaron en un juicio en 1971. En la isla, entre 1960 y 1970, se registró un número no determinado de esterilizaciones y abortos forzados. A finales de 1970 las cifras de la prensa estimaban que entre 1968 y 1970 miles de mujeres reunionesas se sometieron a abortos forzosos y esterilizaciones, al mismo tiempo que en territorio francés se criminalizaba la interrupción del embarazo y cualquier promoción en favor de ella.

Durante este período, se realizaron incluso abortos a mujeres que en ocasiones tenían hasta ocho meses de embarazo. Las mujeres afectadas pertenecían a las clases más pobres, en su mayoría negras o malabares (una de las etnias de la India) y, en su mayoría, ya madres de varios hijos. Según afirma la investigadora y feminista Françoise Vergès, en ese momento, la política estatal era pronatalista en Francia y antinatalista en los territorios de ultramar; al tiempo —sostiene— que la existencia de familias numerosas es, hasta hoy, el argumento utilizado para explicar la pobreza en el tercer mundo.

En algunos hospitales de La Reunión, la anticoncepción se introdujo sin rodeos, no obstante, debido a una denuncia en 1971, el centro de la polémica se desató sobre la clínica Saint-Benoît, donde el principal acusado, el doctor Ladjadj, aseguraba en el juicio haber visto una carta del ministro de Obras Públicas y Transportes, Marc Jacquet, en la que declaraba: “El aborto es la única solución válida en el trágico problema demográfico en este departamento. [...] Estas mujeres están frustradas. Confunden sangrado y períodos normales. No hay necesidad de discutir con ellas” (Lambert, 2019). Esa carta no fue encontrada. “El Seguro Social, el presidente del Consejo General, me dio luz verde a las esterilizaciones. [...] Todo el mundo lo sabía. Si actuaba así es porque estaba cubierto”, reiteró el doctor Ladjadj, quien no fue condenado. “Su colega, el doctor Lehmann, estuvo de acuerdo con esto: Aquí se autorizan ciertos métodos prohibidos en Francia” (Lambert, 2019). En la isla de La Reunión la población local ascendía a 400.000 personas en la década de 1960, entonces se organizó una campaña pública antinatalista en toda la isla para alentar a las mujeres a tener menos hijos. Lemas como “*Un niño está bien, dos todavía está bien, tres: ¡ya es suficiente!*” se veían en carteles publicitarios. Los planificadores familiares distribuían un folleto con la palabra “suficiente”, acompañado de la imagen de una mujer embarazada rodeada de ocho niños. La dirección de la clínica Saint-Benoît figuraba en el reverso (Lambert, 2019). Françoise Vergès sostiene en su libro que el hecho de que el centro de las operaciones fuera una clínica ortopédica parece indicar el carácter engañoso de las autoridades coloniales, algo que implica relaciones entre el Estado, el poder judicial, la policía, los medios de comunicación y la clase propietaria, heredera de la tierra de la economía colonial que sostiene el mundo político. De modo que el aborto y la esterilización sin consentimiento de miles de mujeres podría haberse realizado durante años sin ninguna investigación, allí y en otros territorios de ultramar.

Vergès ubica la superficie de emergencia de este proceso en las condiciones después de la Segunda Guerra Mundial y en el umbral de la década de 1970, una época marcada por las luchas anticoloniales, la hegemonía estadounidense y la “descolonización”. Controlar poblaciones, ya sea por desplazamiento, abortos o esterilizaciones fue una política que posibilitó a Francia salvar la contradicción entre presentarse como el país de origen de los derechos humanos y al mismo tiempo seguir consolidando su dominio colonial. En síntesis, el llamado “fin de la era colonial” no instituyó una ruptura, pues los cuerpos que antes eran esclavizados y sus hijos vendidos como mercancías ahora eran esterilizados y sus hijos nacidos vivos eran expulsados. Vergès sostiene que la política poblacional del Estado francés empujó a

los franceses blancos a establecerse en los departamentos de ultramar, al tiempo que impulsaba a los trabajadores pobres no blancos a irse de esos territorios diciéndoles que “el futuro está en otra parte”. De hecho, el Estado francés separó a miles de niños de La Reunión de sus hogares, para enviarlos a la Francia metropolitana entre 1960 y 1982⁴. A la vez que el Movimiento de Liberación de las Mujeres Francesas (MLF) en la metrópolis, invisibilizó los actos de dominación sobre los cuerpos de mujeres no blancas (Chevalier-Caron, 2018). Todo un proceso de “cirugía social” que se produjo en las décadas de 1960 y 1970 en relación a la reestructuración del sector azucarero, proceso que generó una concentración y una mecanización, que tuvo como una de sus consecuencias el desarrollo masivo de la desocupación (Bouamama, 2018).

El 19 de diciembre de 2018, la Asamblea Nacional de Francia por Resolución 1517, basada en la Constitución de 1958, creó una comisión de treinta miembros para investigar los hechos en la Isla Reunión. Los considerandos de la resolución sostienen, que entre 1960 y 1970 se registró un número no determinado de esterilizaciones y abortos forzados. Según la resolución el caso sigue siendo preocupante debido a varios factores, entre los que se cuentan: el número de médicos condenados en el juicio de 1971 en relación al posible número de víctimas es insignificante; la “desaparición” del registro de pacientes de la clínica antes del inicio de la investigación (impidiendo la identificación de posibles víctimas), mientras estos mismos registros aparecen en un informe de incautaciones relacionado con una investigación por estafas y fraudes a la Seguridad Social; la existencia de espacios publicitarios que puedan caracterizar la existencia de una política antinatalidad por parte del Estado en la isla La Reunión; la desaparición de los archivos de la isla de La Reunión del expediente que contiene los documentos relativos al juicio en primera instancia; así como la declaración, en 1969, de 112.000 días de hospitalización correspondientes a 307 camas, mientras que la clínica solo tenía autorización para 80 camas (France. Assamblée Nationale, 2018). Ahora sí un elegante pedido de disculpas del Estado francés, que no generó modificaciones en la condición colonial de la isla, en su estructura social, ni fuertes condenas a los implicados.

En Perú, el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000, fue una política de Estado que, obedeciendo a los lineamientos neoliberales, fue diseñada, coordinada y organizada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA, por sus siglas en inglés) y la USAID (Ballón Gutiérrez, 2014). El programa, como parte de las estrategias para reducir la pobreza, optó por disminuir los nacimientos de las familias más pobres. Esta campaña se despliega luego de que por el Consenso de Washington se profundizaran una serie de reformas neoliberales en los Estados de América Latina y el Caribe, al tiempo que se consolidaba el nuevo modelo agrobiotecnológico que, desde entonces, favorece

⁴Entre 1963 y 1982, al menos 2.150 niños de La Reunión fueron separados de sus familias y enviados en general a zonas metropolitanas agrícolas. Muchos fueron objeto de violencia y en algunos casos de abusos sexuales. Eran empleados como trabajadores agrícolas o domésticos o encerrados en instituciones. Varias asociaciones agrupan hoy a los niños “robados” de La Reunión, también conocidos como “los niños de La Creuse” por el departamento del centro de Francia donde muchos fueron enviados (BBC News, 2018).

la expulsión de campesinos pobres a las ciudades y el robo de tierras en el Cono Sur (Seveso, 2020). El programa de anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) sometió a esterilizaciones definitivas a 314.605 mujeres y 24.563 varones. Todos ellos miembros de comunidades campesinas pobres, habitantes de tierras valiosas por biodiversidad o por sus metales (Guzmán, 2017; Molina Sierra, 2017). Si bien el programa se presentó como voluntario, una parte importante —pero cuya cantidad no ha sido precisada— o bien fue engañada respecto de sus efectos, o no comprendía qué se les sugería pues se les hablaba en una lengua ajena (español, cuando lo hacen quechua), o bien fue violentada, a la vez que el personal médico fue presionado para cumplir las cuotas numéricas que imponía el ministerio de Salud a cambio de conservar sus puestos de trabajo; a la vez que la precariedad de las salas de operaciones donde se improvisaron las cirugías y la masividad con la que se efectuaron las intervenciones quirúrgicas —algunos testimonios refieren 60 operaciones en un día— dejaron secuelas en los afectados y las afectadas (Molina Sierra, 2017; AMPAEF, 2017; Uchoa, 2021). La implementación del programa implicó acciones planificadas, masivas y sistemáticas cuyo fin fue la captación de personas para ser sometidas a métodos definitivos de esterilización; para ello, se utilizaron mecanismos de presión: la amenaza, la coacción, el trato humillante y el encierro en postas de salud. Todo esto, valiéndose del poder que ejercían sobre la población como agentes de salud. En Perú, como en India, también se registraron casos de mujeres que fueron esterilizadas estando embarazadas (Corimaita, 2017). Todos los datos cuestionan el carácter “voluntario” del programa y pueden considerarse delitos de lesa humanidad (Congreso de Perú, Subcomisión Investigadora, 2002).

Quienes conocen la cultura andina, nos hablan de las heridas que tales hechos conllevan, pues la mujer o el varón del campo sometidos a esa mutilación pierden relación con su mundo, dado que en él la maternidad y paternidad están ligados a los ciclos de la madre tierra. *“Después como al mes nomás me encogí totalmente. Más de tres meses estuve sin poderme levantar de la cama, sin poder ni estirar las manos para comer, dependiendo de otros para alimentarme”* (testimonio citado en Corimaita, 2017). Las culturas de los pueblos andinos, así como los mapuches del sur del continente, o de las tierras del Gran Chaco, suponen una cosmovisión diversa a la llamada “occidental”; en ellas prima lo colectivo en fusión con la tierra y sus frutos. De modo que estas heridas no son meramente “individuales”. Al tiempo que ese dolor colectivo es denegado, o bien analizado con códigos ajenos. Así, la mutilación es mucho más profunda que una marca física o psíquica, en el sentido que la cultura occidental da a esas palabras.

Se trata de un dolor que se replica en diversos lugares del mundo y que aquí no podemos mapear de modo exhaustivo. Solo mencionar por ejemplo a Adolat, una mujer de Uzbekistán, donde una familia extensa es un valor ligado a la felicidad y al reconocimiento comunitario. Adolat fue esterilizada sin su consentimiento al dar a luz a su segunda hija. *“¿Qué soy después de lo que me pasó?”*, dice avergonzada, como si

su hubiese ella elegido esa suerte, mientras acaricia el cabello de la niña, tras cuyo nacimiento cambió su vida para siempre (Antelava, 2012).

Informar, empoderar, avanzar: Las esterilizaciones voluntarias

Desde 1951, como vimos arriba, la India fue el primer país en utilizar la esterilización denominada “voluntaria”, aun cuando documentos diversos hacen dudar seriamente de tal carácter. Para el caso de América Latina y el Caribe, según USAID, los mismos métodos comenzaron a implementarse hacia fines de la década de 1960 (Bertrand *et al.*, 2015). En esa perspectiva, en la década de 1960 comienzan a desarrollarse una serie de programas desplegados por Estados, clubes y tanques de pensamiento internacionales, a los que se encomienda *el estudio de los valores* y de las normas subyacentes acordes a la denominada “planificación familiar”. El proceso se da en medio de una serie de movimientos de “descolonización” en África, luchas feministas y de afrodescendientes en EEUU por los derechos civiles, así como movimientos de liberación en América Latina y el Caribe, entre los cuales la Revolución cubana fue un tema central.

Entre 1961 y 1970, EEUU desplegó el programa denominado *Alianza para el progreso* donde se proponían préstamos financieros, ayuda técnica y política de EEUU a los países de América Latina y el Caribe. El programa, en palabras del presidente Kennedy, estaba auspiciado por “un Consejo Interamericano Económico y Social fortalecido, en colaboración con la Comisión Económica para la América Latina y el Banco Interamericano de Desarrollo” (Alianza para el progreso, 1962, p.5), el Fondo Monetario y otras fuentes. También sostenía el presidente: “Reafirmamos nuestro compromiso de *acudir en ayuda de cualquier nación americana cuya independencia se vea en peligro*” (Alianza para el progreso, 1962, p. 7) (cursivas añadidas). El presidente Kennedy proponía un cambio social que apuntase a “la tarea de *crear una civilización americana*” (Alianza para el Progreso, 1962, p. 8) (cursivas añadidas). En la lectura de los documentos básicos se advierte que uno de los objetivos centrales era producir un cambio social, en los valores, en las actitudes de los ciudadanos latinoamericanos. La carta fundacional proponía además que se estrechasen vínculos “entre la Asociación Latinoamericana de Libre Comercio (ALALC) y el Tratado General de Integración Económica Centroamericana” (Alianza para el progreso, 1962, p. 27). A cambio de que cada país cumpliera con “programas de desarrollo, reforma agraria y desarrollo rural, salud, cooperativas, vivienda, enseñanza y formación profesional, tributación y recaudación de impuestos” (Alianza para el progreso, 1962, p. 22). Para ello se establecía que cada país debía celebrar reuniones con técnicos y expertos estadounidenses especializados en desarrollo y problemas conexas, entre cuyas tareas se establecía que cada país debía desplegar programas de capacitación que tenían entre uno de sus puntos fundamentales limitar la reproducción de las poblaciones pobres a través de lograr la toma de conciencia de las familias con carencias económicas respecto de que tales dificultades debían hacerles restringir también el

número de sus familias y adoptar medidas de higiene (Fernández Pose, 2007; Díaz Fariñas, 2013).

En 1968, se funda el Club de Roma, auspiciado por Fiat, un *think-tank* internacional cuyo objetivo es diagnosticar e intervenir sobre cuestiones globales. El Club comenzó a patrocinar investigaciones a partir de las cuales se señaló que uno de los graves problemas a los que se enfrenta la civilización es la superpoblación y el agotamiento de los recursos naturales; de modo que se planteó la necesidad de intervenir sobre los valores de las familias a fin de disminuir su tamaño.

En 1970, el Massachusetts Institute of Technology (MIT) articulado con el Club de Roma, creó el programa *Predicament of Mankind*, del cual emerge un modelo global informático orientado a “analizar el comportamiento de las poblaciones”; a partir de este modelo, el Massachusetts Institute of Technology publica las conclusiones del programa en el reporte *Limits to Growth* en 1972 (Meadows *et al.*, 1972) financiado por la Fundación Volkswagen. El documento considera que el PIB per cápita aumenta, en la misma proporción en que la tasa de nacimientos desciende. La Fundación Volkswagen retomó y celebró en 2012 los 40 años del reporte con un coloquio y una escuela de invierno para actualizar sus conclusiones (Volkswagen Stiftung, 2012) Allí se hace un planteo referente a limitar el crecimiento poblacional en América Latina y el Caribe⁵. Esta vez, sin pedido de disculpas.

En la década de 1990, Stern (2011) constata la persistencia de esterilizaciones voluntarias en EEUU. La esterilización llamada “voluntaria”, en diversos lugares del mundo, suele ser gratuita y en ocasiones, a cambio de dinero, comida o de un pequeño regalo, en otras, como hemos visto, se deben a formas de presión directa o indirecta.

En 1992, se realizó en Chile el primer taller regional de América Latina y el Caribe para analizar la situación de planificación familiar y sus perspectivas futuras en la región. Asistieron representantes de Bolivia, Guatemala, Colombia y República Dominicana, con el financiamiento de la USAID, con el objetivo de analizar los valores de mujeres latinoamericanas respecto de la nupcialidad y el embarazo, sobre la base de que el mundo posmoderno exige dejar los valores tradicionales y buscar alternativas a la cultura familiar, centrada en un elevado número de hijos. En el taller se comprobó que la esterilización era la principal manera de utilizar la anticoncepción en República Dominicana (Báez, 1993).

En 2015, la USAID destacaba que tras cincuenta años de “asistencia técnica y financiera a través de sus agencias de cooperación con sede en los EEUU”, desplegada desde mediados de la década de 1960 en América Latina y el Caribe, se logró “un marcado descenso en la fecundidad” (Bertrand *et al.*, 2015). Para ello, sostiene el informe, *fue necesario modificar normas culturales*, que en muchos casos están ligadas a la *construcción de familias extensas*. En esos procesos, se coaligaron organizaciones no gubernamentales, Estados, medios de comunicación y organizaciones internacionales como USAID, entre otras.

⁵Para ampliar esta información ver Murillo y Bessieres (2020).

En 2017, un informe de prevención del embarazo adolescente no intencional, preparado por funcionarios de los ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social de la Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay afirmaba que, de acuerdo a estimaciones de las Naciones Unidas, dos tercios de los nacimientos de hijos e hijas de madres adolescentes (15 a 19 años) en América Latina y el Caribe se producían en el Cono Sur (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017, p. 5). El documento vincula tal proceso al “*grado de urbanización de los países o de las regiones subnacionales, el nivel de escolaridad de las mujeres, la mayor participación femenina en el mercado laboral y la implementación de políticas públicas orientadas a promover el acceso a la anticoncepción y a la planificación familiar*” (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017, p. 6) (cursivas añadidas). También afirmaba el documento, que no solo existen “diferencias entre los países, y al interior de ellos, sino que es *muy probable que las diferencias se acentúen*”. Al tiempo que sostenía que “*el embarazo adolescente contribuye a sedimentar las grandes inequidades sociales, de género, sanitarias y económicas que caracterizan a la región*” (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017, p. 6) (cursivas añadidas). Más allá de la compleja situación que ciertamente implica el embarazo adolescente, que tal como el mismo informe indica, no puede afirmarse que siempre sea consentido y con conocimiento fehaciente de sus consecuencias; y más allá del hecho de que el informe traza un plan estratégico para prevenirlo a partir de la educación sexual temprana, a fin de evitar abortos o esterilizaciones a una edad y en cuerpos que aún se están formando, con las consecuencias previsibles a nivel psíquico y físico. Además de la importancia de tomar en cuenta todo ello, es destacable que —del mismo modo que en otros documentos— en diversos lugares del tercer mundo, como hemos visto, la situación parece invertirse. Como en los casos antes constatados, se suele colocar las causas de las desigualdades y la pobreza en la fertilidad femenina o masculina, cuando las condiciones de posibilidad de las situaciones de indigencia de las poblaciones radica en factores económicos y políticos llevados adelante por estrategias desplegadas por organismos y empresas internacionales en un proyecto neoliberal que arrasa bosques, expulsa a campesinos y campesinas de sus tierras y los empuja a ciudades, donde viven en condiciones subhumanas y a menudo a merced de traficantes de cuerpos, drogas y armas. Situaciones que generan desarraigo, violencia, falta de horizontes en jóvenes y adultos, pésimas condiciones de vivienda y sanitarias, al tiempo que muchos pueblos —aun cuando son expulsados de sus territorios— conservan valores ligados a la maternidad y paternidad. Precisamente en la región del Cono Sur, en la década de 1980 se comenzaron a utilizar biocidas y, en 1996, tecnologías de carácter transgénico, que no solo afectan la calidad de lo que los humanos comemos, sino que modificaron radicalmente los modos de vida de todas las poblaciones, especialmente las de origen campesino (Seveso 2020; Wallace, 2020).

Finalmente, en la década de 2020, la esterilización quirúrgica voluntaria es considerada el método anticonceptivo más utilizado en el mundo, particularmente en América Latina y el Caribe (Santana Nazarit & Peña Sánchez, 2019). Este proceso no es ajeno al accionar de organizaciones o empresas privadas que centran sus objetivos en evitar la natalidad. En el Caribe, por ejemplo, Profamilia en República

Dominicana, sostiene en anuncios de Internet: “La ‘preparación’ o esterilización femenina voluntaria es tu derecho reproductivo. Ninguna persona del área de la salud puede negártelo, si es tu decisión” (Profamilia República Dominicana, 2017). Complementariamente, el 20 de mayo de 2021, la Asociación para la Promoción de la Familia Haitiana (Profamil) lanzó una campaña de esterilización masculina, como método de planificación familiar. Hasta el 20 de diciembre de 2021, los hombres que no deseen tener más hijos, podrán acceder a una vasectomía gratuita. La organización no gubernamental Profamilia, con varias sedes en El Caribe, ofrece servicios diversos de anticoncepción voluntaria, entre ellos la esterilización. En sus páginas de Internet, lo hace con mensajes alegres, que instan a la vida sana y placentera, en particular a los jóvenes. Así se afirma, con imágenes, ya no de blancos anglosajones, sino de hermosas mujeres y hombres afrodescendientes, latinos y mestizos que la Red de Jóvenes Profamilia está formada por jóvenes “decididos en promover la vivencia placentera y segura de la sexualidad desde el ejercicio de los derechos humanos con enfoque de género” (Profamilia, 2021). Se trata de la interpelación desde la *seducción* que produce placer, ya no desde la violencia manifiesta. En sus páginas se leen consignas que afirman los derechos humanos de cada individuo, sobre su cuerpo; lo cual abre preguntas serias acerca de los sentidos que se le dan al cuerpo en el neoliberalismo, así como el sentido que toman los derechos humanos, en tanto se tornan derechos individuales, a diferencia de los colectivos.

Al tiempo que la mencionada Planned Parenthood entre otras organizaciones ofrecen en sus páginas de Internet, servicios de esterilización voluntaria, presentándolo como un problema de salud (Planned Parenthood, 2021).

Según el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, la esterilización femenina es común en nueve países de la región América Latina y el Caribe: Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana. Así, América Latina y el Caribe tiene uno de los más altos niveles de mujeres esterilizadas en el mundo, el 26% de su población femenina (Falck-Pedersen, 2015).

Uno de los mayores problemas con la esterilización femenina y masculina “voluntaria” es que —en muchos casos desde la infancia— organizaciones no gubernamentales, financiadas por organismos internacionales, construyen una compleja interpelación ideológica (Murillo, 2008), que es siempre un proceso material desplegado mediante tácticas diversas, que impacta en las subjetividades, más allá de la conciencia, construyendo un sentido común sobre procesos corporales que son irreversibles. La interpelación ahora se centra fundamentalmente en el concepto de derechos humanos, cuyas resonancias son muy fuertes en los valores de muchas poblaciones del mundo, precisamente, por las atrocidades cometidas sobre la humanidad. Pero los derechos a los que hace alusión este nuevo modo de interpelar no son derechos colectivos, sino individuales, tal como lo plantean los teóricos neoliberales que hemos mencionado.

En Argentina, varias universidades ya han iniciado tecnicaturas en esterilización. Ello es acorde al hecho de que la Ley 26130, sancionada en el año 2006, sostiene que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas

denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema de salud (Congreso de la Nación Argentina, 2006). El proceso es presentado como un derecho humano que no puede negarse a nadie, término de profundas resonancias en la historia de este país.

El 10 de junio de 2021, un conjunto de organizaciones elevaron una nota a la Cámara de Diputados en la que solicitaron “garantizar adecuadamente el derecho de las personas con discapacidad a mantener su fertilidad en igualdad de condiciones con las demás”. La misiva sostiene que “la Ley 26130 avala las esterilizaciones forzadas y no consensuadas a personas con discapacidad o no resulta efectiva para impedir las”, y que en ningún caso deberá esterilizarse a cualquier persona con alguna discapacidad sin su consentimiento previo, libre, pleno e informado, ni se deberá “sustituir a la persona con discapacidad al momento de brindar el consentimiento. Tampoco se le debe requerir que cuente con la autorización o el asentimiento de terceras personas” (ACIJ *et al.*, 2021).

Finalmente, el 1 de julio en la Cámara de Diputados de la Nación, dio media sanción a la reforma de la Ley 26130 de anticoncepción quirúrgica, con el fin de impedir que se practiquen esterilizaciones a personas con discapacidad a pedido de sus representantes legales. Precisamente, la Ley de salud mental 26657 del año 2010, impulsada por especialistas de carácter transdisciplinario y herederos de una rica experiencia de los trabajadores de la salud, muy poco revisada, promueve una reforma en esa área para abolir las tutelas jurídicas por razones de salud mental. De sancionarse en el Senado, las prácticas de esterilización voluntaria solo podrán realizarse con el consentimiento de las personas involucradas, que tendrán derecho a recibir información adecuada y apoyos elegidas por ellas, para decidir por sí mismas (Gorbacz, 2021). Tradiciones, no solo médicas, sino de sentido común, presuponen que personas con capacidades diferentes y —en especial quienes padecen formas diversas de sufrimiento psíquico, denominadas “enfermedad mental”— carecen de criterio de realidad y por ende no pueden decidir por sí mismas. Tal presupuesto, en el que se le quita la voz a seres humanos a partir de prejuicios sin base cierta (como ocurría en el pasado con los epilépticos, por ejemplo), fueron legalmente abolidos por el Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, aprobado por Ley 26994 y promulgado según Decreto 1795/2014.

Conclusiones y preguntas

Tras la Segunda Guerra Mundial, las acciones de carácter eugenésico han dejado de lado sus fundamentos basados en el mejoramiento de la raza, al tiempo que el término *eugenesia* desapareció de los documentos oficiales y no oficiales; no obstante emergieron argumentos para reducir la población, por razones sociales, económicas políticas y raciales, en particular en el denominado “tercer mundo”, que no han cesado hasta el presente.

A partir de la década de 1950 y, en especial, tras la crisis capitalista de la década de 1960 y en medio de la denominada “Guerra Fría” surgieron programas diversos

tendientes a disminuir el número de hijos por familia en nombre de la planificación familiar y de la presunta lucha contra la pobreza. Tales programas fueron parcialmente exitosos en sus objetivos, a partir de modificar paulatinamente las pautas culturales de grupos poblacionales diversos, en el sentido de disminuir el tamaño de las familias. No obstante, ahí donde no lograron horadar los valores culturales se utilizaron planes que tras el nombre “voluntarios” escondieron procesos violentos de esterilizaciones forzosas sobre millones de personas en el llamado “tercer mundo”.

A partir de la década de 1990, cuando una nueva ola neoliberal se desplegaba tras el Consenso de Washington y la caída de la URSS, se profundiza una modalidad de interpelación ideológica hacia las mujeres y varones respecto de su capacidad reproductiva. La urbe ofrece la ficción del consumo infinito y la vida feliz para cada uno, así como la imaginaria concepción centrada en derechos humanos individuales que olvidan que nuestros cuerpos son partes de un todo colectivo. En esa clave, el aumento del embarazo adolescente parece ser correlativo con el crecimiento de la esterilización quirúrgica voluntaria.

Frente a ello se abren muchas incógnitas acerca de los efectos futuros de tales procesos que se profundizaron correlativamente a la implementación de un nuevo modelo agrobiotecnológico que impulsa a la expropiación de tierras y a la expulsión de campesinos y campesinas hacia suburbios urbanos, donde viven en condiciones subhumanas a la par de que son objeto de violencia y acosos por bandas parapoliciales y de narcotráfico. En esa clave, la vida de las familias se ha modificado, no solo la de quienes eran campesinos, también la de familias de origen urbano que, merced a políticas de desindustrialización y de automatización de procesos, han perdido sus trabajos, sus viviendas y en muchos casos habitan en las calles, o bien deben habitar con sus padres o abuelos pues no pueden sostenerse de manera independiente.

Estos complejos procesos implican técnicas diversas que no se reducen a los sectores más vulnerables. Las técnicas han sido en muchos casos la violencia manifiesta directa o indirecta, pero en otros la interpelación ideológica a una vida sexual libre y feliz; el consumo no solo de objetos sino de sujetos, a través de la “seducción”, es una de las estrategias desplegadas.

El proyecto neoliberal impulsa constantemente hacia una recaída en la inmediatez que deniega las carencias y ficciona la propia completud. El otro es desalojado imaginariamente de la propia subjetividad. Junto a ello, se gesta la indiferencia hacia nuevas formas de eliminación de poblaciones que no parecen tener autores, que suelen presentarse como algo “natural” o inevitable. Así ocurre con Haití, un país rico, pero constantemente azotado por masacres, donde la denegación de los procesos de eliminación de población se muestra como una política de la crueldad. Camille Chalmers, investigador haitiano (Chalmers, 2018), organizó en diciembre de 2019 un seminario internacional, a fin de visibilizar otro modo que toma la eliminación de poblaciones: se trata de una epidemia de cólera que se desató en 2010 y se llevó a 30.000 haitianos e infectó a 800.000 ciudadanos más y un número no determinado de dominicanos (Rivara, 2019). Tal epidemia no había afectado a Haití al menos durante más de medio siglo, al tiempo que la cepa encontrada en el ADN de infectados muestra que no se había registrado jamás, según los especialistas, en el

hemisferio occidental. Frente a la posición de Chalmers y de diversos grupos defensores de derechos humanos haitianos, representantes de la Misión de las Naciones Unidas para la Estabilización de Haití (MINUSTAH, por sus siglas en francés), así como de Centers of Disease Control and Prevention (CDC) de EEUU, afirmaron que era *innecesario saber la causa de tal epidemia* (Katz, 2010). Los hechos de Haití parecen encarnar dimensiones que en este artículo no hemos abordado, pero que merecen ser estudiadas: se trata de las condiciones materiales de las epidemias —en este momento pandemia— que azotan al planeta y a sus habitantes, por un lado; y la indiferencia hacia las razones y efectos de esos procesos, en amplios sectores de las poblaciones del mundo.

Aunque en este trabajo solo hemos podido analizar fragmentos de las estrategias, ellas parecen hacer centro en África, Asia y América Latina y el Caribe, territorios de enorme riqueza y con valores culturales diversos, así como ajenos a los que el proyecto neoliberal intenta imponer desde hace décadas en el mundo. La instancia de delimitación no es siempre el Estado, al menos de modo manifiesto, sino ONG y organismos internacionales. No obstante, a pesar de las diferencias con la “eugenesia científica”, los objetivos son semejantes: la eliminación de población pobre, excedentaria por razones económicas o políticas. Al tiempo que el racismo, como marca ideológica, se naturaliza de modo inadvertido, incluso entre los oprimidos de la tierra.

En esa clave, deseamos recordar al maestro Georges Canguilhem (1942), quien probó y nos enseñó que la potencia de la vida va más allá de todo proyecto político de muerte.

Bibliografía

- Agencia de Informaciones Mercosur (AIM). (2020). La eugenesia, de Galton y Darwin a Bill Gates y Rockefeller. 12/03/2020, Paraná, Entre Ríos. Recuperado de: <https://bit.ly/3ysadev>
- Alianza para el Progreso. (1962). *Alianza para el progreso: Documentos Básicos*. Biblioteca Nacional de Chile. Memoria Chilena. Recuperado de: <https://bit.ly/321Moya>.
- Antelava, N. (2012). El país que esteriliza a sus mujeres en secreto. *BBC News*. 12/04/2012. Recuperado de: <https://bbc.in/33vR9Ra>.
- Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ); Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH); Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS); Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM Argentina); Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA); Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM); FUSA Asociación Civil; Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI). (2021). *Nota a la Honorable Cámara de Diputados de la Nación de la República Argentina*. 21/6/2021. Recuperado de: <http://redi.org.ar>.
- Asociación de Mujeres Peruanas Afectadas por las Esterilizaciones Forzadas (AMPAEF). (2017). Esterilizaciones forzadas: El silencio. Recuperado de: <https://bit.ly/3IMQim7>.
- Badie, B. (2021). Requiem pour la géopolitique: Vers une vision intersociale du monde. *Mediapart, La lettre quotidienne*. Mercredi 21 juillet 2021. Edition du soir.
- Báez, C. (1993). República Dominicana: La esterilización como opción única. ¿Única solución? *Instituto de Estudios de Población y Desarrollo. Santiago de Chile: Taller de Planificación familiar*.

- Necesidades actuales y perspectivas futuras*, 27 de enero - 28 de marzo de 1992. Recuperado de: <https://bit.ly/3dTKx0V>.
- Ballón Gutiérrez, A. (2014). El caso peruano de esterilización forzada: Notas para una cartografía de la resistencia. *Aletheia*, v. 5, n. 9.
- Banco Mundial. (2004). *La desigualdad en América Latina. ¿Rompiendo con la historia?* Washington: The World Bank.
- BBC News. (2010). EEUU se disculpa por infectar con venéreas a cientos en Guatemala. 1/10/2010. Recuperado de: <https://bbc.in/3pYr2tv>.
- BBC News. (2014). El escándalo de las esterilizaciones masivas en India. 13/11/2014. Recuperado de: <https://bbc.in/3dUylg9>.
- BBC News. (2018). “Fuimos pequeños esclavos”: los miles de niños que Francia “se robó”, envió a trabajar a zonas rurales y sufrieron todo tipo de abusos. 11/02/2018. Recuperado de: <https://bbc.in/33iGTvl>.
- Bernays, E. (1995 [1923]). *Cristalizando la opinión pública*. Barcelona: Gestión 2000.
- Bernays, E. (2008 [1928]). *Propaganda*. Madrid: Melusina.
- Bertrand, J.; Ward, V.; Santiso-Gálvez, R. (2015). Planificación familiar en América Latina y el Caribe: Logros de 50 Años: Resumen Ejecutivo. *USAID - PEPFAR - Measure Evaluation*. Recuperado de: <https://bit.ly/3yoI8EZ>.
- Biswas, S. (2014). La oscura historia de esterilización de la India. *BBC News*. 14/11/2014. Recuperado de: <https://bbc.in/3DScwII>.
- Black, E. (2003). The Horrifying American Roots of Nazi Eugenics. *History News Network. Columbia College of Arts & Science*. Recuperado de: <https://bit.ly/3pXuHb9>
- Bouamama, S. (2018). De la isla virgen al intento de cirugía social. *Rebellion.org*. 31 de julio de 2018, África. Recuperado de: <https://bit.ly/3ypmlNc>
- Brunner, E.; Grande, R. (2021). Esterilizaciones forzadas: una práctica aberrante aún vigente. 24 de febrero de 2021. *Fundación para las relaciones internacionales y el diálogo exterior*. Recuperado de: <https://bit.ly/3oWG9Es>.
- Caldwell, B.; Montes, L. (2015). Friedrich Hayek y sus dos visitas a Chile. *Estudios Públicos*, n. 137, p. 87-132. Recuperado de: <https://bit.ly/3mlvyWX>.
- Canguilhem, G. (1942). *La connaissance de la vie*. Paris: Hachette.
- Carnegie Science. (2020). *Declaración de Carnegie Institution For Science sobre la investigación eugénica*. Escrito por el presidente de Carnegie Eric D. Isaac. Recuperado de: <https://bit.ly/3EXCWua>.
- Chalmers, C. (2018). Haití siempre ha sido un mal ejemplo para determinados intereses. 8 de enero de 2018. *Comité para la abolición de las deudas ilegítimas*. Recuperado de: <https://bit.ly/3IYcXo7>.
- Chevalier-Caron, C. (2018). Recension de *Le Ventre des femmes*. Capitalisme, racialisation, féminisme, de Françoise Vergès. *Histoire Engagée. Là où le présent rencontre le passé*. Recuperado de: <https://bit.ly/3yqvXHO>.
- Congreso de la Nación Argentina. (2006). *Ley 26130. Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica*. Sancionada el 9 de agosto de 2006. Recuperado de: <https://bit.ly/3IZ4O9N>.
- Congreso de la Nación Argentina. (2010). *Ley 26657. Derecho a la protección de la salud mental*. Sancionada el 25 de noviembre de 2010. Recuperado en: <https://bit.ly/3yzGMr2>.
- Congreso de Perú, Subcomisión Investigadora de Acciones de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV). (2002). *Informe final sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV)*

- en los años 1990-2000. Subcomisión investigadora de personas e instituciones involucradas en las acciones de AQV. Lima: Congreso de Perú. Recuperado de: <https://bit.ly/3s3STev>.
- Corimaita, K. C. (2017). Huellas psicológicas de la esterilización forzada. *Ideele. Revista del Instituto de Defensa Legal*, n. 244. Recuperado de: <https://bit.ly/321eQjL>.
- Darwin, C. (1997 [1871]). El origen del hombre. *Textos fundamentales*. Madrid: Altaya.
- Dhillon, A. (2020). India: se retira la orden de esterilización masculina después de una oleada de críticas. *The Guardian*. 22/02/2020. Recuperado de: <https://bit.ly/3pWoyfg>.
- Díaz Fariñas, L. (2013). A cincuenta años de la Alianza para el progreso: El debate por el socialismo. *Revista de Economía y Desarrollo*, v. 149, n. 1, p. 139-157.
- De Büren, M. (2015). La sociedad Mont-Pèlerin. Un espacio de articulación. En: Murillo, S. (coord.). *Neoliberalismo y gobiernos de la vida. Diagrama global y sus configuraciones en Argentina y América Latina*. Buenos Aires: Biblos. p.65-93.
- Doshi, V. (2016). Will the closure of India's sterilisation camps end botched operations? [¿El cierre de los campos de esterilización de la India acabará con las operaciones fallidas?] *The Guardian*. 26/10/2016. Recuperado de: <https://bit.ly/3e4t1Y1>.
- Ehremberg, A. (2004). Le sujet cérébral. *Esprit. Las guerres du sujet*, noviembre, p. 130-155.
- Escalada, M.; Ronconi, A. (2018). Planned Parenthood admitió la venta de fetos abortados y prometió que en el futuro no cobrará por ellos en el mercado norteamericano. *El Disenso*, 30/07/2018. Recuperado de: <https://bit.ly/31Ss2HU>.
- Falck-Pedersen, A. (2015). Perú. La batalla por los derechos reproductivos de las mujeres. *Agencia Ecuémica de Comunicación. Desde América Latina y el Caribe*, 25 de julio de 2015. Recuperado de: <https://bit.ly/3dNJq2O>.
- Fernández Pose, L. (2007) América Latina y EEUU. Un análisis de los objetivos de la Alianza para el progreso. *XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Tucumán*, San Miguel de Tucumán. Recuperado de: <https://bit.ly/3s5IMpv>.
- Flores, F. (2014). La esterilización del pobre. *La Vanguardia Internacional*, 12 de noviembre de 2014. Recuperado de: <https://bit.ly/3DUPWzl>.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2017). *Prevención y reducción del embarazo no intencional en la población adolescente del Cono Sur. Un marco estratégico subregional para mejorar la implementación de la política local*. Recuperado de: <https://bit.ly/3GFTJlQ>.
- Foucault, M. (1979 [1971]). Nietzsche, la genealogía, la historia. En: *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1991 [1970]). *La arqueología del saber*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2007 [2004]). *El nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- France. Asssemblée Nationale (2018). Constitution du 4 Octobre 1958. Quinzième Législature. Enregistrée a la Présidence de la Asssemblée Nationale le 19 Decembre 2018. Proposition de résolution tendant a la *Création d'une Commission d'enquêtesur les Avortements et Stérilisations Forcés, ayant eu Lieu à La Réunion*. Recuperado de: <https://bit.ly/3dPdRpp>.
- García Camarero, J. (2017) La Fundación Rockefeller y el exterminio racista de la población mundial. *Rebelión.org*, 27/03/2017. Recuperado de: <https://bit.ly/3dS5WYi>.
- Gobierno de Guatemala. (2011). *Comisión presidencial para el esclarecimiento de los experimentos en humanos en Guatemala, 1946-48. Comisión Técnica. Experimentos en seres humanos. El caso Guatemala 1946-1948*. Guatemala. Recuperado de: <https://bit.ly/3yq3SAd>.

- González, J. (2015). Por qué causa tanta polémica Planned Parenthood y la donación de fetos abortados en EE.UU. *BBC News*. 10/08/2015 Recuperado de: <https://bbc.in/3DQFIQL>.
- Gorbacz, L. (2021). El caso de Britney y la reforma en salud mental en Argentina. *Diario Página 12*, Buenos Aires. 18/07/2021. Recuperado de: <https://bit.ly/3EYqdHv>.
- Gupte, P. (2017). India: “The Emergency” and the Politics of Mass Sterilization. *Association for Asian studies. Education about Asia: Online archives*, v. 22, n. 3, p. 40-44.
- Guzmán, A. (2017). Anticoncepción quirúrgica voluntaria como alternativa a los métodos anticonceptivos reversibles de larga acción-LARC. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, v. 63, n. 1. Recuperado de: <https://bit.ly/3m6gRCe>.
- Hartmann, B. (2006). Everyday Eugenics. *ZNet. A Community of People Committed to Social Change*. September 22, 2006. Georgia State University. Library Digital. Recuperado de: <https://bit.ly/3dRK5QL>.
- Hayek, F. (1952). *The Sensory Order. An Inquiry into the Foundations Of Theoretical Psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hayek, F. (1989 [1978]). El atavismo de la justicia social. *Estudios Públicos*, n. 36, p. 181-193. Recuperado de: <https://bit.ly/3oX2RFG>.
- Hayek, F. (2000 [1945]). *Camino de servidumbre*. Madrid: Alianza.
- Hayek, F. (2014 [1976]). Derecho legislación y libertad. Una nueva formulación de los principios liberales de la justicia y de la economía política. Tomo III. El orden político de una sociedad libre. Madrid: Unión Editorial.
- Katz, J. (2010). Expert Ask: Did U.N. tropos infect Haiti? *Associated Press*, MSNBC, 3 de noviembre de 2010. Recuperado de: <https://tinyurl.com/kv52rbfx>.
- Klein, N. (2007). *La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desastre*. Barcelona: Paidós.
- Lambert, E. (2019). Recit. On a tué l'enfant que je portais: L'affaire oubliée des avortements et stérilisations forcés à La Réunion. Recuperado de: <https://bit.ly/3GEIY3c>.
- Leonard, A. (1998). Is Bill Gates a closet liberal? *Salon*, 29 de enero de 1998. Recuperado de: <https://bit.ly/3EXPy4f>.
- Lippmann, W. (2003 [1922]). *La opinión pública*. Madrid: Langre.
- Lippmann, W. (2011 [1927]). *El público como fantasma*. Madrid: Geneuve Ediciones.
- Meadows, D. H.; Meadows, D. L.; Randers, J.; Behrens III, W.W. (1972). *The Limits to Growth. A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind*. New York: Universe Book. Recuperado de: <https://bit.ly/3dP8wla>.
- Mehta, V. (2015). Indiri Bachao. *The Sanjay Story: From Anand Bhavan to Amethi*. Noida: Harper Collins India. p. 112-133.
- Molina Sierra, A. (2017). Esterilizaciones (forzadas) en Perú: Poder y configuraciones narrativas. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, v. 12, n. 1, p. 31-52.
- Murillo, S. (2008). *Colonizar el dolor. La interpelación ideológica del Banco Mundial en América latina. El caso Argentino desde Blumberg a Cromañón*. Buenos Aires: CLACSO.
- Murillo, S. (2020). La potencia de la vida frente a la producción de muerte. En: Murillo, S.; Seoane, J. (coords.). *La potencia de la vida frente a la producción de muerte. El proyecto neoliberal y las resistencias*. Buenos Aires: Batalla de Ideas. p. 17-51.
- Murillo, S.; Bessieres, M. (2020). El gobierno de las emociones. En: Murillo, S.; Seoane, J. (coords.) *La potencia de la vida frente a la producción de muerte. El proyecto neoliberal y las resistencias*. Buenos Aires: Batalla de Ideas. p. 225-260.

- Nayar, K. (1977). *The Judgement: Inside Story of the Emergency in India*. New Delhi: Vikas Publishing House.
- Novak, N. L.; Lira, N. (2018). California Once Targeted Latinas for Forced Sterilization. *Smithsonian Magazine*, 22/03/2018. Recuperado de: <https://bit.ly/3DV6GGO>.
- Nye, J (2004). *Soft Power. The Means to Success in World Politics*. New York: Publics Affairs Books.
- Pacchioli, D. (1996). Subject to Science. *Penn State News*, 1 de marzo de 1996. Recuperado de <https://bit.ly/3dT4EMI>.
- Planned Parenthood. (2021). Aprende: Anticonceptivos. Esterilización. Ligadura de trompas. Sitio web institucional. Recuperado de: <https://bit.ly/3oTyDKB>.
- Population Reference Bureau. (2021). Las buenas decisiones se basan en buena información - Washington: Population Reference Bureau (PRB). Recuperado de: <https://bit.ly/3dJSOo9>.
- Profamilia. (2021). Contamos con profesionales y espacios exclusivos para jóvenes. Programa para jóvenes: Red Joven Profamilia. Recuperado de: <https://bit.ly/31XUS9h>.
- Profamilia República Dominicana. (2017). #ConsejoProfamilia ¿Debería “prepararme” para no tener más hij@s? 3/07/2017. Recuperado de: <https://bit.ly/3m3wTg0>.
- Ramaciotti, K. (2017). La Fundación Rockefeller y la División Internacional de Salud en el Río de la Plata y la región Andina. Ideas, concreciones y obstáculos (1941-1949). *Redes*, v. 23, n. 45, p. 97-121.
- Rector, R.; Sheffield, R. (2014). The War on Poverty after 50 years. *The Heritage Foundation*. Backgrounder, n. 2955, 15/09/2014. Recuperado de: <https://bit.ly/3GHL8iy>.
- Reverby, S. (2011) “Normal Exposure” and Inoculation Syphilis: A PHS “Tuskegee” Doctor in Guatemala, 1946-1948. *Journal of Policy History*, v. 23, n. 1, p. 6-28. doi: 10.1017/S0898030610000291.
- Rivara, L. (2019). “El imperialismo norteamericano se vale de Haití para sabotear la unidad regional”: Entrevista a Camille Chalmers. *Telesur.TV*, 11 de octubre de 2019). Recuperado de: <https://bit.ly/3m51E4r>.
- Rockefeller Time Line. (2007). *The Rockefeller Foundation Timeline*. Recuperado de: <https://bit.ly/3s6cBpX>.
- Romero, M. E. (2012). Bill Gates, Monsanto y la eugenesia. Cómo uno de los hombres más ricos del mundo está promoviendo activamente la adquisición corporativa de la agricultura global. *La Independiente digital*, n. 9. Recuperado de: <https://bit.ly/3m6OOIZ>.
- Santana Nazarit, P.; Peña Sánchez, E. (2019). Esterilización quirúrgica voluntaria como práctica anticonceptiva de las mujeres en Chile: Resistencias, intereses y estigma reproductivo. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, v. 1, n. 10, p 105-123. Recuperado de: <https://bit.ly/3oT2gvJ>.
- Seveso, M. (2020). *Resistiendo al modelo agrobiotecnológico. Para evitar la complicidad de las víctimas*. Rosario: CB Ediciones.
- Sierra González, Á. (2008). Mentiras y medios (Democracia y opinión pública). *España: Cuadernos del Ateneo*, n. 25, p. 25-40. Recuperado de: <https://bit.ly/324qHx3>.
- Smith, A. (2020). La historia de la esterilización forzada de las latinas en California y sus implicaciones en la inferioridad de las mujeres. *Panoramas. University of Pittsburgh/UCIS/CLAS*. Recuperado de: <https://bit.ly/3dPXg4L>.
- Stern, A. (2006). Esterilizadas en nombre de la salud pública: Raza, inmigración y control reproductivo en California en el siglo XX. *Salud Colectiva*, v. 2, n. 2, p. 173-190. doi: 10.18294/sc.2006.64.
- Stern, A. (2011). “The Hour of Eugenics” in Veracruz, Mexico: Radical Politics, Public Health, and Latin America’s Only Sterilization Law. *Hispanic American Historical Review*, v. 91, n. 3, p. 431-443. doi: 10.1215/00182168-1300191.

- The Committee to Stop Forced Sterilization. (1971). *Stop Forced Sterilization Now*. Los Angeles. Recuperado de: <https://bit.ly/3dPOh3h>.
- Uchoa, P. (2021). Esterilización forzosa en Perú: “Me abrieron la barriga cuando aún no estaba dormida”. *BBC News*. 1/03/2021. Recuperado de: <https://bbc.in/3ypHdnD>.
- Usi, E. (2020). Migrantes esterilizadas en cárceles de EEUU. ¿La punta del iceberg? *DW*, 24 de septiembre de 2020. Recuperado de: <https://p.dw.com/p/3ixy4>.
- Vallejo, G.; Miranda, M. (2005). La eugenesia y sus espacios institucionales en Argentina. En: Miranda, M.; Vallejo, G. (comps.). *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores. p. 145-192.
- Vergès, F. (2017). *Le Ventre des femmes. Capitalisme, racialisation, féminisme*. Paris: Albin Michel. Recuperado de: <https://bit.ly/3EZkOLp>.
- Vidal, J. (2016). Bill Gates y Rockefeller marcan las prioridades en los países subdesarrollados. *Eldiario.es*, 17 de enero de 2016. Recuperado de: <https://bit.ly/3EWBFDJ>.
- VideoVolunteers. (2018). La interminable guerra de la esterilización en India. Trad. Iborra Rovira, A. *Global Voices*. 27/03/2018. Recuperado de: <https://bit.ly/3rZxpzD>.
- Volkswagen Stiftung. (2012). Documentation: ¿Already Beyond? 40 Years Limits to Growth. 19/02/2012. Recuperado de: <https://bit.ly/31YNB9t>.
- von Mises, L. (1989 [1949]). *La acción humana: Tratado de economía*. Madrid: Unión Editorial.
- Wallace, R. (2020). La responsabilidad de la agroindustria en el COVID-19 y otras enfermedades virales. *Redacción La Tinta*, 3/04/2020. Recuperado de: <https://bit.ly/3s80ysw>.

Parte 3

Salud de la infancia y cultura física escolar



Foto: Lewis Wickes Hine (1874-1940).
Chicos trabajando en las minas de carbón. (Fragmento). Enero 1911.
National Child Labor Committee collection, Library of Congress, Prints and
Photographs Division.

De Montevideo al mundo: el Instituto Internacional Americano para la Protección a la Infancia y la circulación de las políticas uruguayas de salud infantil

*Anne-Emanuelle Birn*¹

Introducción²

En 1933, los delegados estadounidenses y británicos del Comité de Bienestar Infantil³ de la Sociedad de las Naciones (SDN) recomendaron una resolución que fue aprobada en mayo de aquel año, “en homenaje al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia (IIAPI), a sus actividades y a su director, así como a la influencia que ejerce Uruguay en el rumbo y avance de su labor” (Advisory Commission for the Well-being of Children and Youth, 1933). ¿Por qué la SDN presentó esta moción, cómo surgió y qué significado tomó? En cierto modo, este reconocimiento fue poco más que una cortesía administrativa. Pero, emitida apenas cinco semanas después de un golpe de Estado que puso fin a tres décadas de estabilidad democrática en Uruguay, también brindó apoyo a una importante organización en tiempos de incertidumbre. El homenaje dijo mucho sobre cómo, en un espacio de solo seis años, el IIAPI se había convertido en un actor importante en la escena internacional en materia de bienestar infantil. En los años siguientes, el Instituto no solo prosperó, sino que ejerció —gracias al Código (de los derechos) del Niño, elaborado en Uruguay en 1934— una notable influencia a nivel internacional en los círculos de

¹ScD (Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health). Professor of Global Development Studies and of Global Health, University of Toronto, Canadá.

²Este capítulo es la traducción de un artículo de la revista *Monde(s)*, n. 20, noviembre de 2021, p. 67-97. Agradezco a Sandra Burgues, Wanda Cabella, Mariangela Santurio, Raquel Pollero, a los miembros de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina y a los participantes en las conferencias donde presenté este trabajo por su apoyo y sugerencias, así como a los revisores y al comité, al personal editorial por sus comentarios sobre borradores anteriores de este artículo. También me gustaría expresar mi gratitud por la ayuda indispensable de muchos archiveros y bibliotecarios en América Latina, América del Norte y Europa. Esta investigación fue posible gracias a subvenciones del Consejo de Investigación de Ciencias Sociales y Humanidades de Canadá (SSHRC), el Programa Fulbright y el Programa de Cátedras de Investigación de Canadá (CRC).

³Su nombre cambió varias veces. Ver la nota 2 de Marshall (1999).

salud infantil, con todas las contradicciones de esta era de autoritarismo creciente, tanto en Europa como en América del Sur.

Estas interpretaciones del homenaje que la Sociedad de Naciones rindió al IAPI demuestran la necesidad de explorar tres historiografías prometedoras, pero que rara vez han sido cruzadas: 1) la salud internacional en el siglo XX; 2) la internacionalización de los derechos y la protección de la infancia (centrando estas dos primeras historiografías principalmente en las instituciones y eventos europeos); y 3) la investigación concurrente sobre estos temas en América Latina (Cueto *et al.*, 2019; Gorman, 2017; Droux, 2012; Moody, 2015a; Milanich, 2020; Rojas Novoa, 2020).

Tan apasionantes como son los estudios históricos recientes de las agencias internacionales, por un lado, y de la infancia en las organizaciones, programas y políticas internacionales y regionales, por el otro, sin embargo existen importantes lagunas que median entre ellos. En los análisis del bienestar infantil a nivel internacional, generalmente se da por sentado que las organizaciones, los protagonistas y el pensamiento en este campo son en gran parte de origen europeo (Droux, 2011)⁴. Por el contrario, las instituciones fundadas más allá de este centro, como el IAPI, se abordan principalmente en términos de políticas y preocupaciones regionales, ignorando su alcance global (Guy, 1998a). El persistente aislamiento de esta obra⁵ nos impide comprender plenamente la interacción dinámica de los actores, agencias e ideas involucradas en el desarrollo cruzado de los derechos y la salud del niño.

Mientras que la “protección del niño” fue cada vez más reconocida como un campo de acción y políticas a nivel internacional, en Uruguay la referencia específica a los “derechos del niño” creció notablemente a fines de la década de 1920, lo que refleja la expansión progresiva del Estado proteccionista.

En este capítulo, exploramos por qué Uruguay se convirtió en un lugar relevante para el desarrollo de políticas de protección y derechos del niño, cómo este país llegó a ser sede del IAPI y cómo logró desempeñar un papel crucial en el campo de la salud y los derechos del niño, no solo a nivel regional sino también internacional. Aquí se abordan estos temas adoptando un enfoque global y transnacional (Saunier, 2013; Conrad, 2016; Iriye, 2013; Brown, 2015) para “reconsiderar plenamente las relaciones caracterizadas como centro-periferia e imperio-colonias, destacando cómo cada parte se moldea y se encuentra moldeada por las otras a través de influencias multidireccionales” (Birn & Necochea López, 2011, p. 519).

El hecho de que la primera organización internacional —permanente— de protección a la infancia se estableciera en Montevideo puede parecer una aberración para los observadores de hoy. Sin embargo, a los contemporáneos probablemente no les sorprendió el papel desempeñado por Uruguay en hacer del IAPI una entidad tan comprometida internacionalmente.

Aunque esta fuera, por sus miembros, una iniciativa americana apoyada por los respectivos gobiernos, el alcance del IAPI fue de hecho mucho más amplio. Su revista, su centro de intercambio de información y sus conferencias llamaron

⁴Una excepción es Rooke y Schnell (1995).

⁵Una bibliografía emergente desafía esta tendencia (Carter, 2019; Pernet, 2013; Akami, 2017).

la atención sobre el problema de la mortalidad infantil y las diversas estrategias a implementar para mejorar el bienestar de los niños, inspirándose en ideologías, políticas y prácticas locales, panamericanas e internacionales.

En la fundación del IAPI también se destaca la construcción multipolar de la agenda internacional de salud (infantil). Por un lado, se basó en el reconocimiento que recibió de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones (OH-SDN); por otro lado, la participación de América Latina trajo nuevas ideas y mayor legitimidad a esta organización, al tiempo que extendió la influencia del IAPI más allá del continente americano⁶. Los esfuerzos realizados por Uruguay y las soluciones aportadas por este país para enfrentar sus propios dilemas en materia de salud infantil se inspiraron en modelos franceses, latinoamericanos y de otras procedencias, pero también se adaptaron al contexto local y se irradiaron al exterior. Con la adopción de su Código del Niño, Uruguay pasó de ser una curiosidad lejana a convertirse en un motor internacional, apoyado en la reputación mundial del propio IAPI. Rastreando la genealogía, las vicisitudes, el apogeo y el legado del IAPI, este artículo (basado en las observaciones de los actores tal como aparecen en los archivos, en la literatura, a través de visitas *in situ*, intercambio de correspondencia, informes de expertos, publicaciones médicas —reseñas, conferencias, etcétera—, leyes y políticas públicas) presenta un enfoque uruguayo de la salud infantil y los derechos del niño y cuestiona su ausencia en la historiografía mundial.

Salud infantil: el surgimiento de una prioridad latinoamericana

Cuando se fundó el IAPI en 1927, la salud del lactante y del niño se había convertido en un problema mundial cada vez más importante. Vinculado a preocupaciones que iban desde la productividad y la reproducción de la fuerza de trabajo hasta el poder militar, el nacionalismo, las rivalidades imperiales o incluso el declive demográfico, el tema de la salud infantil había surgido durante la revolución industrial, una época en la que las medidas para mejorar el bienestar de la sociedad comenzaron a ser objeto de estadísticas (Rusnock, 2005). A fines del siglo XIX, los problemas de la salud materno-infantil captaron la atención de legisladores, médicos, reformadores urbanos y sociales, feministas y organizaciones benéficas en Europa y América del Norte, e incluso en sus posesiones coloniales (Koven & Michel, 1993; Fildes *et al.*, 1992; Linder, 2014; De Barros, 2014).

En medio de esta convergencia, los especialistas en salud pública debatieron los factores que originaban la mortalidad infantil, así como las soluciones para remediarlos, durante varios congresos organizados en Europa a partir de la década de 1880 sobre demografía, higiene y protección social. Estas reuniones dieron origen a ideas destinadas a ser aplicadas localmente —como centros de protección infantil y

⁶El eurocentrismo de la Sociedad de las Naciones se vio claramente desde América Latina, así como la importancia de establecer solidaridades alternativas con los pueblos de África y Asia (Sánchez Román, 2016).

licencia por maternidad—, sin desencadenar aún en un movimiento internacional concertado.

La salud infantil también apareció en las agendas políticas, sociales y profesionales de América Latina, influenciada por una variedad de factores estrechamente relacionados. Las economías mayoritariamente agrarias de la región enfrentaban desafíos relacionados con el tamaño de las poblaciones rurales, que a menudo eran escasas. Las capitales nacionales y las ciudades pequeñas en crecimiento tenían aspiraciones compartidas de construir un Estado moderno y abordar la lucha contra la miseria urbana. Al mismo tiempo, las grandes oleadas de inmigración provenientes de Europa y Asia despertaron todo tipo de temores racializados pero también esperanzas para el porvenir (Bashford & Levine, 2010; Sáenz, 2012). Así, en Brasil, en el período posterior a la esclavitud, la salud de los niños, presentados como futuros trabajadores asalariados, se asimiló a la protección social nacional (Sanglard, 2016). En medio de la construcción del Estado, las élites sociopolíticas y médicas de los países latinoamericanos estaban bien posicionadas para examinar y elegir entre diferentes políticas de salud infantil, que incluían diversos abordajes de modelos franco-alemanes de beneficios universales, otros inspirados en programas anglo-estadounidenses dirigidos a mujeres pobres y otras iniciativas (Frohman, 2006; Lewis, 1980; Klaus, 1993).

Hacia 1900, el programa del cuidado sanitario de la maternidad y la infancia de la región comenzó a consolidarse con medidas como la regulación de las nodrizas, la supervisión de los hospitales de expósitos, el establecimiento de clínicas infantiles, la reforma de los hogares de acogida, las guarderías, la vigilancia obstétrica, la formación de parteras y la educación materna (Zárate Campos, 1999). Estas prioridades fueron el resultado de una mezcla a veces frágil de reformismo feminista-maternalista, prácticas indígenas, organizaciones benéficas católicas, prácticas europeas, preocupaciones eugenésicas y la creciente influencia de los médicos⁷.

Sin embargo, en el campo de la medicina, prevalecieron las influencias europeas. En la especialidad emergente de la pediatría, como en la medicina clínica, la educación médica en América Latina se inspiró en la de Francia: predominaban los textos franceses en clase, los mejores estudiantes —con fondos— estudiaban con “maestros” europeos, y un pequeño grupo de médicos de primer nivel asistía a congresos europeos sobre higiene y ciencia (Cueto & Palmer, 2015). La higiene infantil y la pediatría también se beneficiaron de una creciente presencia de participantes en los Congresos Médicos Latinoamericanos, inaugurados en Santiago de Chile en 1901 (se creó una sección de medicina pediátrica durante el V Congreso en Lima, en 1913). Comparando sus observaciones (de Almeida, 2006), estos especialistas de la región comenzaron a presionar a sus gobiernos para que asumieran responsabilidades en materia de salud y protección social de los niños, basándose en modelos extraídos principalmente de Europa.

Apoyándose en la noción de puericultura desarrollada por Adolphe Pinard (Lefaucheur, 1992; Schneider, 1986) —una educación científica para niños, con

⁷Una excelente bibliografía sobre este tema se encuentra en *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* (2017).

orientación médica y social—, los médicos y los reformadores sociales latinoamericanos se vieron particularmente influidos por el enfoque administrativo y jurídico-institucional de Francia en materia de protección infantil (Castillo Troncoso, 2003). Los métodos franceses se debatieron en legislaturas y círculos de expertos latinoamericanos, especialmente en países como Chile, Colombia y Costa Rica, creándose clínicas infantiles que seguían el modelo de las existentes en Francia (Muñoz & Pachón, 1991; Rollet, 1997), aunque de forma más modesta. Sin embargo, y a pesar del gran aumento en el número de ministerios de salud pública, después de 1900 los ingresos estatales —por su insuficiencia— a menudo impidieron que la retórica de protección infantil se tradujera en una acción institucional sistemática. Por lo tanto, las organizaciones benéficas de mujeres católicas siguieron siendo figuras clave en este campo (Biernat & Ramacciotti, 2013).

Hacia y desde Uruguay: sucesión y éxito en la circulación de ideas y prácticas

Un país se mostró particularmente abierto a los desarrollos internacionales a pesar de ser pequeño y remoto. Establecido en 1830, cuando finalizó la colonización española y portuguesa y la ocupación argentino-brasileña, Uruguay se pobló con grandes contingentes de inmigrantes italianos y españoles, descendientes de africanos esclavizados y una pequeña élite francesa. La conquista ibérica devastó la población indígena. Uruguay inició un proceso de modernización en la década de 1870, después de la estabilización de su territorio interno y gracias a los ingresos de su economía exportadora de carne.

La influencia de ideas ajenas también se magnificó en un contexto de institucionalización tardía, la relativa debilidad de los ganaderos y el limitado papel de la Iglesia católica en el Estado laico uruguayo (Nahum, 1994; Panizza, 1997). Ello brindó a las élites políticas y a los expertos la oportunidad de observar y elegir entre políticas sociales e iniciativas de desarrollo institucional. En la década de 1880, Montevideo se convirtió en la primera ciudad de América Latina en instalar sistemas de agua potable y saneamiento, pavimentando las calles, dotándolas de luz eléctrica y asegurando la recolección regular de basura. Gracias al desarrollo de la educación primaria —para niños y niñas—, en 1900 Uruguay tenía la tasa de alfabetización más alta de América Latina (54%) (Engerman *et al.*, 2000). Esto explica por qué, desde 1890 hasta 1910, los higienistas uruguayos se enorgullecieron de tener una mortalidad infantil y general más baja que la mayoría de los demás países cuyos datos se registraron, tanto en Europa como en América (Birn, 2008), a pesar de un número preocupante de bebés abandonados en el Torno del asilo de huérfanos y expósitos (Osta Vázquez, 2020).

La paz encontrada después de una última guerra civil en 1904, seguida por el aumento de las exportaciones de carne, permitió el surgimiento de un verdadero Estado proteccionista, bajo el impulso de los líderes reformistas del Partido Colorado, y en particular del presidente, José Batlle y Ordóñez (1903-1907; 1911-1915), quien

había pasado el período entre sus dos mandatos en Europa observando políticas sociales y económicas. Primero, los empleados públicos obtuvieron pensiones y otros beneficios. Luego, en 1910-1911, la Comisión Nacional de Obras de Beneficencia fue reemplazada por una agencia de Asistencia Pública Nacional (APN), la cual otorgó a los indigentes el “derecho a la asistencia gratuita por cuenta del Estado” (República Oriental del Uruguay, 1911), un paso importante en la política de secularización, centralización y creación de los derechos sociales. La asistencia prestada a los ancianos, a los enfermos crónicos, a los niños abandonados, a las mujeres embarazadas y a las madres jóvenes pobres se concibió a través de un sistema coordinado de orfanatos, casas de expósitos, asilo materno, hospitales de caridad y otros establecimientos. Luego llegó el turno de los trabajadores: se adoptó la indemnización laboral en 1914; y siguieron la jornada laboral de ocho horas, el establecimiento de un día de descanso obligatorio y la licencia de maternidad retribuida, así como la no tributación de los bienes de primera necesidad. El ambicioso programa de Batlle condujo a décadas de protección y redistribución: pensiones de vejez, seguro de desempleo, educación superior, etcétera. En conjunto, estas medidas —para las que la ley francesa fue un referente fundamental, especialmente para la APN—, convirtieron a Uruguay en el líder de los Estados proteccionistas (basado en un maternalismo orientado al servicio de reproducir ciudadanos sanos) (Peruchena, 2020) en el continente americano y más allá, aunque las organizaciones benéficas de mujeres no desaparecieron por completo (Ehrick, 2005).

La influencia francesa también fue sustancial en el campo médico. La tardía fundación de la Facultad de Medicina de Uruguay en 1875 explica el hecho de que allí las jerarquías médicas —por estar menos firmemente establecidas que en otros lugares— fueran más receptivas a los últimos avances científicos (Turenne, 1947). En 1895, el italiano Giuseppe Sanarelli, reconocido investigador del Institut Pasteur, fue contratado para dirigir el nuevo Instituto de Higiene Experimental, colocando brevemente a Montevideo a la vanguardia de la investigación en bacteriología. Por otra parte, la creación del Registro de Estado Civil (1879) marcó un hito en la recopilación fiable de estadísticas demográficas (Vaillant, 1873)⁸. Uruguay adoptó rápidamente la clasificación de enfermedades de Jacques Bertillon, haciendo que sus estadísticas de mortalidad fueran compatibles internacionalmente (*Boletín del Consejo Nacional de Higiene*, 1925).

Como países vecinos, Uruguay acogió a eminentes científicos franceses, cuyas visitas fueron organizadas por el Comité France-Amérique de Montevideo (1924), y envió a estudiantes brillantes —y dotados con recursos económicos— a Francia y otros lugares de Europa para beneficiarse de una formación avanzada. Estas afinidades se materializaron con la creación, en 1912 en París, de la *Union médicale franco-ibéro-américaine* (UMFIA) con el objetivo de promover la “influencia espiritual latina” y contrarrestar la sustitución de la medicina francesa por su contraparte anglo-alemana.

⁸Otros países latinoamericanos comenzaron a recopilar datos incluso antes que Uruguay, pero no pudieron lograr una cobertura nacional hasta la década de 1950.

Uruguay así presentó un marco particularmente favorable para la transformación local de experiencias extranjeras. Dado el pequeño tamaño de su población (alrededor de un millón de personas en 1910), los miembros de la élite médica eran investigadores, clínicos, observadores epidemiológicos y administradores de organismos, al tiempo que ocupaban posiciones de liderazgo social, político y científico (Birn *et al.*, 2003). El más famoso de estos médicos, Luis Morquio, hijo de inmigrantes italianos de origen humilde, fue animado por su mentor en la Facultad de Medicina a continuar su formación en París (Turnes, 2015). Estudió con Jacques-Joseph Grancher, Antoine Marfan y Jules Comby, famosos especialistas franceses en enfermedades infantiles, en el Montparnasse médico de la década de 1890. De regreso a Montevideo, Morquio cofundó la pediatría uruguaya, especialidad que estableció en la Facultad de Medicina. También inauguró la Sociedad Uruguaya de Pediatría y los prestigiosos *Archivos Latinoamericanos de Pediatría*, y pasó a ocupar diversos cargos directivos en el asilo de niños, el nuevo Hospital de Niños y otras instituciones. Morquio y sus colegas hicieron que las ideas sobre el cuidado infantil de Pinard, Pierre Budin y otras luminarias francesas se incorporaran al léxico y las prácticas de la salud infantil en Uruguay (Pinard, 1917; Morquio, 1907). Junto a su colega, el pediatra Julio Bauzá —también formado en Francia tras una prestigiosa educación en Montevideo—, Morquio implementó toda una serie de medidas de protección infantil, de inspiración francesa y adaptadas al contexto local, que incluían protección a huérfanos financiada por el Estado, inspección clínica de las nodrizas y apoyo a las madres (Bauzá, 1933).

En 1907, Uruguay fue uno de los primeros países no europeos en crear un sistema de gotas de leche, inspirado en las “*gouttes de lait*” francesas, que distribuía leche pasteurizada y brindaba atención médica a las madres necesitadas y sus bebés. En 1913, se instalaron siete gotas de leche en Montevideo. Diez años después, se habían establecido alrededor de 20 más en el país, y para la década de 1940 su número había superado los 40. En 1914, recibió la visita de 24.000 madres y niños, cifra que se duplicó casi diez años después, alcanzando las 45.000 visitas; y distribuyendo cada año cientos de miles de litros de leche (Morquio, 1916; Bauzá, 1929). Las gotas uruguayas recibieron quizás la mayor proporción de madres y niños del mundo, y el número total de gotas fue solo superado por Francia.

Al mismo tiempo, las ideas uruguayas sobre la salud infantil circularon fuera del espacio nacional. El director fundador de la APN, José Scoseria, se convirtió en un delegado muy solicitado para las agencias internacionales de salud y bienestar y para los congresos dedicados a estos temas (Huhle, 2021). Morquio fue elegido miembro de las Academias de Medicina de Argentina y Brasil; admirado en todo el mundo y considerado la mayor autoridad pediátrica de América Latina.

Estos desarrollos dieron lugar a un éxito aparente. Los enfoques franceses de la salud infantil, combinados con condiciones locales favorables, llevaron a una tasa de mortalidad infantil excepcionalmente baja en Uruguay: entre 1900 y 1910, menos de cien recién nacidos de cada mil murieron en su primer año (Pellegrino, 1997). Esta tasa fue más baja que la de todos los países que registraban sus estadísticas demográficas en ese momento —excepto Noruega—; inclusive fue más bajo en casi un tercio

que la de Francia (Birn, 2008). Los esfuerzos de Uruguay fueron parte de un modelo de adopción y adaptación mediante el cual las ideas, instituciones y prácticas, que se habían desarrollado en gran medida en contextos cosmopolitas, se remodelaron localmente en favor de una emulación selectiva (Martínez Franzoni, 2006) y luego se compartieron con otras regiones.

Fallos locales, involucramiento internacional

Sin embargo, a mediados de la década de 1910, el índice demográfico de Uruguay se ensombreció: en lugar de continuar disminuyendo, la mortalidad infantil se estancó y aumentó más que la de Francia y otros países. Peor aún, las cifras de población en el censo de 1908 eran solo dos tercios de la población pronosticada, lo que hacía que el énfasis en la supervivencia infantil fuera aún más necesario. Además, Montevideo, antes una ciudad modelo en términos de higiene, después de 1910 no pudo seguir el ritmo de su crecimiento. Estos cambios erosionaron la confianza de los médicos en los enfoques franceses que acababan de adoptar. Durante algún tiempo, Morquio y especialmente Bauzá acusaron a sus respectivas instituciones de no implementar adecuadamente las medidas de salud infantil (Birn, 2008). Pero sus reproches hicieron poco por resolver la situación.

Mientras vivía decepciones internas, sin embargo, Uruguay intensificó su compromiso internacional. Un equipo de médicos uruguayos, liderado por el cirujano Eduardo Blanco Acevedo, miembro de una de las familias más eminentes del país, estuvo cinco años al frente del apoyo médico-militar extranjero a las fuerzas francesas durante la Primera Guerra Mundial⁹.

Cuando terminó el conflicto, otro grupo de uruguayos se involucró directamente en la salud de los niños franceses. En 1919, el Comité de Damas de Montevideo se ofreció a ayudar a reconstruir el pueblo francés de Saint-Gobain (al costado de la línea Hindenburg), que había sido devastado durante la guerra. Las damas señalaron que Francia necesitaba su ayuda más que Uruguay, ya que la existencia de la APN ahora hacía obsoletos sus esfuerzos caritativos en su país. Estas “hadas buenas” uruguayas recaudaron 100.000 francos, que destinaron a una gota de leche, siguiendo el mismo modelo de las clínicas de salud infantil que Uruguay había importado previamente de Francia (*Délibérations*, 1919-1928). La floreciente gota de leche de Saint-Gobain se convirtió en una parada obligatoria para los embajadores uruguayos y otros dignatarios visitantes deseosos de enfatizar este proyecto común a favor de la protección infantil (*Bulletin de l'UMFLA*, 1928).

Al mismo tiempo, los especialistas uruguayos en salud infantil continuaron sus relaciones con sus colegas franceses —a través de intercambios, conferencias y publicaciones— ahora asumiendo el papel de exportadores en lugar de importadores. Los médicos franceses tenían una alta estima por los eruditos uruguayos. Patrocinaron

⁹Se dice que había salvado el brazo derecho de Charles de Gaulle en el hospital franco-uruguayo. En 1934, Blanco Acevedo fue el primer ministro de Salud Pública, al fundarse ese ministerio.

una fraternidad médica franco-uruguaya en París (*Anales de la Facultad de Medicina*, 1918). Los refectorios de Montevideo fueron elogiados por el respetado Jules Comby en las páginas de los *Archives de Médecine des Enfants* de París (Comby, 1931). En la década de 1920, Morquio y sus colegas hicieron contribuciones frecuentes a revistas europeas especializadas en salud infantil y fueron invitados a conferencias en toda Europa. El propio Morquio fue nombrado oficial de la Légion d'honneur y miembro de la Académie Nationale de Médecine. El 25 aniversario del liderazgo de Morquio en la pediatría uruguaya fue aplaudido en Francia, Italia y en toda Latinoamérica (Morquio, 1926; *Archives de Médecine des Enfants*, 1921). Además, Uruguay era a menudo el único país, fuera de América del Norte, Europa y Japón, cuyos datos merecían, por su calidad, ser incluidos en las evaluaciones comparativas de las estadísticas de salud.

Estos lazos y colaboraciones crecieron aún más. En 1910, Bauzá había notado, no sin orgullo, que la tasa de mortalidad infantil de Uruguay era mucho más baja que la de Rusia, a pesar de que Montevideo había tenido diez años menos en su experiencia de gotas de leche que San Petersburgo y Moscú (Bauzá, 1913). Una década más tarde, las autoridades soviéticas comenzaron a incluir a Uruguay en sus análisis comparativos —europeos— de la salud infantil, tras reuniones entre especialistas de los dos países en varios congresos. En 1919, la Unión Soviética y Uruguay centralizaron sus servicios de protección a la maternidad y la infancia casi al mismo tiempo (Bonaba, 1919; Kollontai, 1918). Al hacerlo, comenzaron a mirar más de cerca lo que estaba sucediendo en el otro país: en 1921, el director de protección social de Uruguay declaró sumariamente que su país ofrecía una garantía de asistencia social inigualable en el mundo, aseveración formulada de manera idéntica ese año por el comisionado soviético de sanidad, Nikolai Semashko (Becerro de Bengoa, 1921; Semashko, 1921).

Uruguay y el desarrollo de la salud internacional (de la infancia)

Más allá del área específica de la infancia, Uruguay también jugó un papel significativo en las agencias internacionales de salud. La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) —originariamente Oficina Sanitaria Internacional—, la primera organización de salud internacional del mundo, fundada en Washington DC en 1902, que operó bajo los auspicios del US Public Health Service hasta la década de 1940, estableció una base regional en Montevideo en 1907 para organizar la recolección de estadísticas sanitarias sudamericanas (Cueto, 2004). Aunque de corta duración, la ubicación de la oficina fue una forma de reconocer la capacidad administrativa de Uruguay. En un principio, la OSP centró su atención en las convenciones de salud y la protección comercial en lugar de otras preocupaciones de salud pública —como la mortalidad infantil— resaltadas por los países miembros. Uruguay también era miembro del Office International D'Hygiène Publique, con sede en París desde 1909, una organización destinada a compartir estadísticas de enfermedades y gestionar tratados de

salud. Paradójicamente, Uruguay tuvo poca interacción con la Fundación Rockefeller, el principal actor internacional de la época en materia de salud.

Después de la Primera Guerra Mundial, Uruguay estableció enlaces con el nuevo nódulo de la salud internacional —y del bienestar infantil—: Ginebra. Allí se encontraba la sede del Comité Internacional de la Cruz Roja, creado en 1863, y con vista al Mont Blanc, al igual que Save the Children International Union (SCIU), establecida en 1920 como la rama internacional de Save the Children, agencia privada para ayudar a los niños víctimas de la guerra, cofundada por la filántropa británica Eglantyne Jebb.

Además, en 1923, se lanzó formalmente la OH-SDN, encabezada por el talentoso higienista polaco Ludwik Rajchman. Esta organización se centró inicialmente en ayudar a las naciones devastadas por la guerra, y pronto siguió un ambicioso programa de observación, investigación, estandarización, profesionalización y asistencia técnica, que con el tiempo se extendió hasta el sudeste asiático. Con EEUU permaneciendo fuera de la Sociedad de las Naciones —aunque varios expertos estadounidenses trabajaron con la OH-SDN—, la Fundación Rockefeller se convirtió en un donante importante para la OH-SDN y apoyó su trabajo durante la Gran Depresión (Balinska, 1995; Borowy, 2009; Barona, 2015).

Eludiendo a las autoridades sanitarias estadounidenses, la OH-SDN buscó establecer vínculos con América Latina; así, un gran número de especialistas participó en sus comités de expertos y conferencias. En 1923, un grupo de latinoamericanos participó en los intercambios de personal de la OH-SDN y varios eminentes especialistas de América Latina formaron parte del comité directivo de esta última, como Scoseria, el director de la APN, y el famoso bacteriólogo brasileño, Carlos Chagas. En 1925, el experto en salud escolar uruguayo Rafael Schiaffino formó parte de un grupo de médicos invitados por la OH-SDN para realizar una gira de seis meses por Norteamérica y Europa. Schiaffino publicó un relato detallado de sus visitas, “La sanidad en Canadá, Italia y Alemania” (Schiaffino, 1926), que sirvió de base para las discusiones sobre las necesidades de salud pública de Uruguay.

La doctora Paulina Luisi también fue una destacada participante en la SDN. Luisi provenía de una familia de inmigrantes ítalo-polacos cuyos padres eran maestros y dirigían un instituto que ellos mismos habían fundado y que propagaba la educación moderna y abierta. Como sus hermanas, cursó estudios de maestra de escuela, antes de convertirse en la primera mujer en graduarse de la Facultad de Medicina de Uruguay. A pesar del profundo sexismo que existía entonces, logró convertirse en profesora en la facultad, donde fue colega de Morquío, luego de especializarse en enfermedades venéreas en París. En 1913, el gobierno de Batlle la envió a Francia para estudiar medidas de higiene social. Allí Luisi se encontró en el corazón del pujante movimiento feminista y regresó a Montevideo transformada. Pionera del feminismo en Uruguay y socialista, se convirtió en la defensora de los derechos de las mujeres y del bienestar de los niños, reconocida tanto a nivel regional como internacional.

Esta militancia la dio a conocer en Ginebra; se convirtió en la única mujer latinoamericana delegada en la primera asamblea de la SDN y participó en diversas

conferencias sobre tratados, desarme y trabajo. Después de que la SDN se hizo cargo de la protección de mujeres y niños en 1924, Luisi fue delegada experta de la comisión asesora sobre la trata de personas y, durante diez años, uno de los dos únicos latinoamericanos que formó parte del Comité de Bienestar Infantil. Abogó enérgicamente por fortalecer las perspectivas latinoamericanas en el trabajo de la SDN en favor de la infancia —participando en encuestas de condiciones sociales y políticas relacionadas— y trabajó por una mayor representación de América Latina en los órganos de gobierno de la SDN (*Acción Femenina*, 1925; Luisi, 1948; Miller, 1995).

Los lazos de Uruguay con Ginebra también se extendieron a la SCIU, que Jebb vio como una puerta de entrada a los países más pobres, e incluso como representante de ellos. En 1923, Suzanne Ferrière, una destacada integrante de la SCIU, viajó a Sudamérica para estudiar los esfuerzos de protección de la niñez, y encontró que el sistema uruguayo estaba “entre los más desarrollados” gracias a su “carácter oficial” (Ferrière, 1925). Aunque criticaba en privado el ambiente “carcelario” del asilo de niños y el subdesarrollo de servicios que no estaban estrictamente relacionados con la salud (Ferrière, 1924), quedó muy impresionada por cómo las gotas de leche habían provocado la caída de la mortalidad infantil en Montevideo. Ferrière aprovechó su visita para instar a Bauzá a fundar la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia (1924), la contraparte nacional de la SCIU.

En el transcurso de estas evoluciones, el movimiento latinoamericano para la protección del niño —que se apoyó en las interacciones de los actores con las sedes en Montevideo y Ginebra—, gradualmente se volvió crucial para llevar la cuestión del bienestar de los niños a un lugar destacado en la agenda internacional de salud.

El nacimiento del IIAPI

A partir de 1880 se organizaron varios congresos internacionales —especialmente europeos— sobre la protección a la infancia, pero tardaron en institucionalizarse (Rollet, 2001). Creada finalmente en Bruselas en 1920, la Asociación Internacional para la Protección a la Infancia vio rápidamente sus actividades intergubernamentales absorbidas por la SDN, bajo la presión del gobierno británico y el suizo (Marshall, 2008).

Contemporáneamente, un grupo de “feministas maternalistas” de América Latina, que luchaban en defensa del bienestar de los niños como asunto estrechamente ligado a los derechos de la mujer como madre, organizó en 1916 el primer Congreso Panamericano del Niño en Buenos Aires, aprovechando el éxito de un previo congreso argentino de bienestar infantil. Unos doscientos participantes de trece países trataron de elevar el tema del bienestar infantil a un área de política estratégica, bajo el principio de que poner a los niños primero conduciría inevitablemente al progreso, tanto a nivel nacional como continental (Silveira Netto Nunes, 2012). Luisi, quien había fundado el Consejo Nacional de Mujeres de Uruguay en 1916 y era activa en los círculos feministas regionales, jugó un papel importante en el

apoyo a una alianza improbable entre organizaciones caritativas creadas por mujeres de la élite social y movimientos por la igualdad de las mujeres (Cuadro Cawen, 2018; Sapriza, 1998; Lavrin, 1995). En unos pocos años, estos congresos atrajeron a miles de participantes, formando un movimiento que reunió a reformadores, enfermeras, legisladores, sociólogos, médicos, abogados y trabajadores sociales de todo el continente americano. La protección infantil brindó a las mujeres una plataforma y el acceso a espacios políticos y profesionales para influir en las políticas sociales y apalancar la movilización transnacional para legitimar los esfuerzos feministas a nivel nacional (Álvarez Giménez, 2019). Los debates en estos encuentros influyeron en el diseño y adopción de decenas de leyes sobre temas como adopción, salud infantil, trabajo infantil y protección social (Guy, 1998a; Otovo, 2016).

En el segundo congreso celebrado en Montevideo en 1919, la higiene cambió de estatus: de un tema perdido en medio de otros siete —que incluían legislación industrial, psicología, antropometría, educación, ayuda materno-infantil y derecho—, pasó a ocupar la mitad de la agenda, a la par con la medicina (Silveira Netto Nunes, 2008a). Durante este congreso, el dominio de las feministas sobre el movimiento de protección del niño en América Latina fue suplantado por expertos masculinos, como lo demuestra el número predominante de estos últimos entre los participantes. La prueba más evidente de este cambio fue que, aunque Paulina Luisi presidiera el encuentro, ella quedara eclipsada por su compatriota Luis Morquio.

Fue en esta ocasión que Morquio convocó a la creación del IAPI para consolidar este campo y proyectar su visibilidad al mundo. Gracias al activismo de su discípulo Roberto Berro, pediatra y diputado —quien luego se convirtió en senador del conservador Partido Blanco—, su propuesta de 1924 de crear en Montevideo la sede del Instituto despertó entusiasmo en el gobierno uruguayo, y fue aprobada por el IV Congreso Panamericano del Niño —realizado en Santiago de Chile, 1924— (IIAPI, 1925). Sin embargo, la fundación del IAPI requeriría un mayor impulso. Aunque la OSP —u otra agencia regional vinculada a los Congresos del Niño— hubiera sido el patrocinador evidente, fue la OH-SDN la que patrocinó la conferencia inaugural del Instituto en 1927.

Para comprender mejor esta sucesión de acontecimientos, tenemos que volver a Ginebra. A mediados de la década de 1920, la SDN era el principal organizador y árbitro del bienestar infantil, por lo que el tema de la mortalidad infantil se incluyó en el campo de competencia de la OH-SDN. Poco después de que se formara el Comité de Bienestar Infantil en 1924, Jebb le pidió a la SDN que respaldara la Declaración de Derechos del Niño de la SCIU. Redactada el año anterior por Jebb, esta declaración se basó en el exitoso llamamiento de *Save the Children* para ayudar a los niños en países devastados por la Gran Guerra; enunciaba la responsabilidad universal de satisfacer todas las necesidades básicas de los niños: desarrollarse, ser alimentados, recibir refugio, consuelo, estar protegidos de la explotación y recibir una educación como futuros ciudadanos. Gracias a la habilidad política de Jebb, la declaración, concebida más como un planteamiento humano que como una obligación estatal, fue rápidamente aprobada por la Asamblea General de la SDN, sirviendo para legitimar la SCIU (Marshall, 1999; Moody, 2014).

Mientras tanto, la OH-SDN —cuya área de competencia en salud infantil ya había sido definida y separada del Comité de Bienestar Infantil— comenzó a redoblar sus esfuerzos. En 1926, convocó a expertos de siete países europeos —Austria, Inglaterra, Francia, Alemania, Noruega, Italia, Países Bajos— para estudiar la mortalidad infantil a partir de una encuesta sobre los sectores urbano y rural (Campbell, 1929). Paulina Luisi, a quien su experiencia y su mandato en la SDN le dieron un papel transnacional creciente como interlocutora entre la SDN y los expertos en protección infantil de América del Sur, siguió muy de cerca el trabajo de estos especialistas. Informadas de esta investigación sobre la mortalidad infantil europea, las autoridades sudamericanas estaban ansiosas por extender esta investigación a sus propios países (Madsen, 1927; Nogueira, 1926). A través de Luisi y otros canales (Archivos del IIAPI, 1926), Morquio logró organizar una conferencia sobre este tema junto con la OH-SDN a realizarse en Montevideo, orquestando el evento como el trascendental lanzamiento del IIAPI.

De hecho, fue un momento histórico. La Conferencia Sudamericana sobre Mortalidad Infantil de junio de 1927 fue la primera reunión (de cualquier tipo) de la SDN que se celebró en América Latina, lo que era particularmente notable dada la hostilidad de EEUU hacia las actividades de la SDN en la región. Esta conferencia, a la que asistieron Rajchman y el bacteriólogo danés Thorvald Madsen, presidente de la OH-SDN, permitió al IIAPI, y también a Uruguay y sus expertos, ocupar un lugar de prestigio en la escena internacional (Madsen, 1927). El IIAPI logró lo que no había sido posible en Ginebra: la creación de una entidad única cuya misión integraba la salud de los niños tanto como su bienestar, incluso utilizando deliberadamente el término “protección a la infancia” en su nombre.

Desde el principio, el IIAPI discutió los derechos del niño, superando con creces los esfuerzos realizados en Ginebra. En su discurso inaugural, el ministro de Educación uruguayo propuso un conjunto de derechos del niño que se hacía eco de los contenidos en la declaración de la SCIU, pero adoptando una perspectiva más ambiciosa. Solicitó introducir en el texto amplios derechos sociales de acceso a la vivienda, al reconocimiento de los padres, a la educación, a la nutrición, a la asistencia económica, al acceso a la tierra, al estatus legal, a la felicidad y al bienestar (Rodríguez Fabregat, 1927). Estas ideas fueron retomadas por Gabriela Mistral, célebre poeta, educadora y diplomática chilena, quien exigió el reconocimiento de los plenos derechos de los niños nacidos fuera del matrimonio, y en el Primer Congreso Nacional del Niño de Cuba, declaró que el hecho de tener padres era un derecho de los hijos (*Boletín del IIAPI*, 1929).

Fundado por diez estados —Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Cuba, Ecuador, Perú, EEUU, Uruguay y Venezuela—, el IIAPI abarcó a todos los países de América Latina desde 1949. Cada miembro nombró dos delegados: uno técnico, con base en el país de origen, el otro residente en Montevideo y muchas veces diplomático. Inicialmente, la mayor parte de los fondos operativos fueron provistos por Uruguay, con el apoyo intermitente de otros estados miembros.

La primera gran actividad del IIAPI fue supervisar las encuestas de mortalidad infantil patrocinadas por la OH-SDN en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.

Los resultados, presentados en el VI Congreso Panamericano del Niño en Lima en 1930, exigían mejoras en la cobertura estadística y la aplicación de medidas de salud pública, asistencia social, económicas y educativas, destinadas a reducir la mortalidad infantil (Debré & Olsen, 1931; Aráoz Alfaro, 1931; Scarzanella, 2003).

Uruguay dejó una huella duradera en el IAPI. Morquio fue su primer director; su discípulo Berro lo sucedió durante más de dos décadas. Asistido por un comité internacional bajo la presidencia del argentino Gregorio Aráoz Alfaro, el director supervisó un pequeño equipo que administraba la biblioteca y los archivos del Instituto, compiló leyes, estadísticas e informes sobre la protección de la niñez en todo el mundo, compartió información con académicos, legisladores y asociaciones profesionales de todo el mundo, y organizó la publicación trimestral del *Boletín del IAPI*.

El IAPI cumplió diligentemente su mandato de recopilar y difundir investigaciones, leyes e información práctica relacionada con el cuidado y la protección de bebés, niños y madres. Fue particularmente audaz al buscar “[latino] americanizar” el estudio de la niñez (Fournié, 1934). El Instituto también aseguró que los problemas y políticas de la región fueran objeto de discusión internacional. La revista, la biblioteca, los materiales de educación para la salud y las conferencias multilingües y extensamente distribuidas del IAPI ayudaron a forjar con rapidez su reputación y a crear una vasta red internacional de colaboradores (Escardó y Anaya, 1952; Morquio, 1930; Morquio, 1933).

El *Boletín del IAPI*, fundado poco después de la conferencia de 1927, contribuyó al éxito del Instituto (Silveira Netto Nunes, 2008b). Los números trimestrales del *Boletín* —publicados en español, francés, inglés, y portugués—, cubrieron una amplia gama de temas, desde la organización de servicios sociales para niños hasta asuntos de campamentos de verano, salud escolar, deporte, educación, campañas de salud, niños marginados y las causas de la mortalidad infantil. Fue una de las revistas más internacionales de su época: de los 1.000 autores que contribuyeron en las dos primeras décadas, alrededor del 20% procedía de Europa y América del Norte y el 80% de América Latina. Poco más de un tercio de los autores eran uruguayos (Birn, 2006): algunos de sus artículos perfilaban sistemas de protección infantil que existían en otros países, pero la mayoría de los uruguayos utilizaron el *Boletín* para destacar desafíos y soluciones nacionales en la protección de los niños y las madres.

Como lo demuestra la diversa procedencia de los colaboradores del IAPI, el Instituto tenía un alcance verdaderamente global, con corresponsales en Filipinas, Japón, Argelia, Sudáfrica e India, así como en toda Europa y América, y en todas las agencias internacionales. La difusión del *Boletín* fue igualmente extensa; los resúmenes de sus artículos aparecieron en las principales revistas médicas y sociales del día, como *Maternità e Infanzia* en Italia, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, el diario polaco *Opieka nad Dzieckiem*, *Archivos Españoles de Pediatría*, etcétera.

Ya desde fines de la década de 1920, el IAPI —para el que Uruguay sirvió como laboratorio político— fue pionero en una legislación social innovadora sobre protección de la infancia. Muchos países de América Latina, cuyas políticas y prácticas se habían enriquecido con los Congresos del Niño y el *Boletín*, comenzaron a organizar conferencias nacionales sobre la infancia y designaron una semana o un día

anual de celebración del niño (Día del niño), con el fin de generar apoyo público. En 1945, la mayoría de los países de la región tenían oficinas específicas dedicadas a la salud y protección materno-infantil (Aráoz Alfaro *et al.*, 1944).

A principios de la década de 1930, las feministas especializadas en estas cuestiones, que habían sido relegadas de sus puestos de liderazgo por Morquio y otros médicos varones, volvieron a asistir a los Congresos del Niño, regreso facilitado por Katherine Lenroot, delegada americana y jefa del *Children's Bureau* de EEUU durante mucho tiempo. Ella no solo convirtió a EEUU en el miembro contribuyente más confiable del IAPI, sino que ayudó a fomentar “la transición de una estrategia feminista que requería protección infantil gestionada y subsidiada por el Estado a un enfoque más flexible de los derechos del niño”, de acuerdo con la normativa institucional del IAPI (Guy, 1998b). Estas mujeres especialistas en la protección a la infancia que recuperaron roles de liderazgo en los congresos ayudaron a colocar la producción de normas relativas a la infancia en el centro de la modernización del Estado (Rojas Novoa, 2018).

El IAPI logró así navegar por un panorama complejo de patrocinio y autonomía. Inicialmente, sirvió como agencia asesora tanto para la SDN como para la Unión Panamericana. Pero la relación entre el IAPI y la OSP no siempre fue fácil. Aunque Hugh Cumming, director de la OSP y cirujano general de EEUU se mostró cauteloso ante la participación de la OH-SDN en América Latina, la OSP apoyó oficialmente al IAPI y no impidió que Montevideo se convirtiera en la “Ginebra de América del Sur”¹⁰. Sobre todo, por el alcance cada vez más global del IAPI y el creciente desarrollo de sus actividades en América Latina, los temas de salud infantil se convirtieron gradualmente en una prioridad para la OSP y figurándose en su propia revista.

Por su parte, la OH-SDN había previsto que su compromiso con el IAPI condujera a una intensificación de su papel en América del Sur: los estudios sobre mortalidad infantil fueron citados como “el medio para establecer una estrecha cooperación entre expertos de diferentes países” (League of Nations, 1931, p. 26; McKenna, 1927). En la década de 1930, sin embargo, esta colaboración con la OH-SDN se vio limitada por la insuficiencia de recursos, tal vez incluso por los celos de la OSP. Pero esto no tuvo otra consecuencia que alentar al IAPI a investigar temas específicos, como la condición de los niños indígenas, la estandarización de partidas de nacimiento o la rehabilitación de menores delincuentes.

Mientras tanto, en Ginebra, Paulina Luisi se aseguró de que el IAPI recibiera una atención continua. Compartió un flujo constante de artículos e informes del Instituto con varios comités de la SDN (Ekstrand, 1931) y, a principios de 1933, consiguió que el trabajo del IAPI ocupara un lugar destacado en la agenda del Comité de Bienestar Infantil de la SDN (Ekstrand, 1933). Morquio envió un informe detallado —traducido rápidamente al francés y al inglés—, en el que prometió una cooperación continua con el comité y afirmó: “la solidaridad que caracteriza a nuestra acción, sin más propósito que el bienestar del niño, excluida toda consideración de raza,

¹⁰Por ejemplo, no menciona el IAPI (Cumming, 1938).

nacionalidad, o creencia religiosa” (Morquio, 1933, p. VII). De hecho, es en respuesta a este informe que se rindió el homenaje al IAPI citado al comienzo de este trabajo.

Las tres interpretaciones de este homenaje —cortesía administrativa, voluntad de brindar apoyo después del golpe y entusiasmo genuino por una nueva institución dinámica— podrían ahora combinarse con un cuarto sentido, desde una perspectiva transnacional: los actores uruguayos coreografiaron deliberadamente este tributo como una narrativa alternativa al décimo aniversario de la adopción por la SDN de la declaración de la SCIU, que de hecho fue reafirmada por la OH-SDN en 1934 y reflejaba el deseo de la SDN de fortalecer su liderazgo en esta área (Moody, 2014). Podemos considerar aquí que Luisi y Morquio lo aprovecharon para refrenar los esfuerzos de Ginebra en la protección de la infancia, formando así un dúo que utilizó hábilmente sus redes para darle a Montevideo una posición estratégica como contrapeso americano y contraparte de las agencias del Mont Blanc.

Para entonces, el IAPI había llevado al Uruguay a nuevas cumbres. En 1930, Morquio fue nombrado presidente de la SCIU, lo que le dio a él y al IAPI una nueva plataforma internacional. En el Congreso Internacional para la Protección de la Infancia de 1933, organizado en Francia y al que asistió un verdadero *who's who* de “las figuras más importantes de la medicina”, solo el famoso pionero francés de la salud infantil Budin —entonces fallecido— fue citado más veces que Morquio. En su discurso inaugural, Paul Strauss, senador francés y exministro de Salud —pionero en reformas clave del bienestar infantil—, elogió a Morquio tratándolo como un “apóstol incansable de la protección de la maternidad y la infancia” (Comité National de l'Enfance, 1933, p. XLII). En representación de los delegados extranjeros al Congreso, Morquio invocó la obligación de la humanidad de extender “los derechos del niño [...] a la vida, [...] a la salud, [...] a la felicidad, [...] al hogar [...] a la educación” (Comité National de l'Enfance, 1933, p. XL).

El Código del Niño de Uruguay y sus repercusiones internacionales

Este impulso por los derechos del niño se transformó en políticas concretas, elevando a Uruguay y al IAPI a un estatus internacional cada vez mayor. Hasta entonces, las autoridades uruguayas habían optado por un enfoque que combinaba la adopción, la adaptación y el intercambio para desarrollar sus políticas de protección de la infancia y fortalecer las instituciones existentes en esta área, y el IAPI les brindó un amplio acceso a experiencias y políticas exteriores. Pero los abordajes médicos a la salud infantil cada vez más especializados siguieron siendo insuficientemente integrados con las medidas sociales y, lo más preocupante, no lograron abordar el estancamiento de la mortalidad infantil (Birn *et al.*, 2010). La situación requería un enfoque de alcance aplastante: cuando el golpe de Estado del presidente Gabriel Terra, del Partido Colorado, en marzo de 1933 puso fin abruptamente a la era liberal de Uruguay, se presentó una gran oportunidad. Dentro de la junta de Terra estaba Berro, el adjunto de Morquio, quien de inmediato procuró crear un

ministerio pionero de protección a la infancia, así como una comisión encargada de revisar la legislación sobre este tema.

Bajo el liderazgo de Berro, la comisión fue más allá de racionalizar y fusionar iniciativas superpuestas: pidió la adopción de un “Código del Niño”. Como se anunció con orgullo en el *Boletín*, tenía como objetivo “defender todos los derechos del niño” de acuerdo con los principios establecidos en la inauguración del IIAPI (*Boletín del IIAPI*, 1934a, p. 101; Birn, 2012).

El Código del Niño amalgamó las políticas e instituciones uruguayas existentes en las áreas de salud infantil, educación, tutela legal (sobre “delincuentes” y niños abandonados), nutrición, vivienda, servicios sociales y otros aspectos del bienestar. También garantizó la licencia de maternidad remunerada y la atención materna, y abogó por la implementación de medidas eugenésicas, como los exámenes prenupciales, en línea con las medidas de “eugenesia preventiva” vigentes en otros países de América Latina (Armus, 2016; Sapriza, 2006). A fin de permitir el trabajo interdisciplinario y evitar rivalidades, el Código proponía la creación de un nuevo órgano interministerial —el Consejo del Niño— para supervisar las guarderías, orfanatos, asilos maternos, campamentos infantiles y reformatorios juveniles. A pesar del extenso apoyo de médicos y reformadores sociales uruguayos, así como de sus homólogos en América Latina¹¹, el Código fue cuestionado por parlamentarios preocupados por el costo de su implementación. Terra y Berro lograron eludir estas preocupaciones, argumentando que en tiempos de crisis la inversión era transitoria pero necesaria (República Oriental del Uruguay, 1934).

Adoptado en abril de 1934, el Código mostró que, a pesar del colapso político y la represión, el Estado uruguayo estaba perpetuando su proteccionismo histórico (Caetano & Jacob, 1989; Ruiz, 2008). El diario pro-Terra *El Debate* elogió a Berro y elogió la ley por su forma de abarcar “magistralmente” los derechos del niño, viéndola como el hito de una verdadera “profilaxia social” realizada por un gobierno “revolucionario”, y solo superada por la “Obra nacional de la maternidad y de la infancia”, uno de los “orgullos” de Mussolini y la Ley británica de niños y jóvenes de 1933 (*El Debate*, 1934).

El Código uruguayo rápidamente ganó reconocimiento internacional. Llegaron elogios de toda América Latina, EEUU, Bélgica, Italia, España, etcétera (*Boletín del IIAPI*, 1934b). En ningún lugar la felicitación fue tan entusiasta como en Francia, el mismo país que había tenido tanta influencia en el abordaje de Uruguay hacia la salud infantil. En 1934, Julien Huber, renombrado médico parisino de la Assistance Publique, escribió un artículo de admiración sobre el nuevo Código del Niño uruguayo en la *Revue Médico-Sociale de l'Enfance*, en el que se disculpaba por la extensión de su texto, justificado según él por la “singularidad” de los logros de Uruguay. El “alumno” asiduo parecía haber superado al “maestro” francés. Un artículo del *Bulletin de l'UMFLA* incluso llegó a plantearse si era “imposible obtener en nosotros resultados similares con métodos similares. Ciertamente no” (Leroy, 1937, p. 509).

¹¹Los participantes de la VII Conferencia Panamericana, que tuvo lugar en Montevideo en diciembre de 1933, calificaron de vanguardista al Código.

También se extendieron los vínculos del Código uruguayo al fascismo. En el XIII Congreso Internacional de Protección de la Infancia, que se celebró en Frankfurt en junio de 1938 con el apoyo del régimen nazi, Ricardo Jalabert, juez de instrucción de menores de Montevideo, realizó una ponencia titulada “¿Cuándo deberían las medidas legislativas o las instituciones públicas compensar la falta de cuidado de los padres?”. Ella se basó en el Código del Niño de Uruguay y se refirió a la “transformación radical definitiva” en la protección y vigilancia del niño (Jalabert, 1938). Aunque muchos pediatras boicotearon la reunión, otros dos oradores uruguayos asistieron y discutieron la agenda de derechos del niño existente en su país.

Sin duda, el Código uruguayo reveló un profundo patriarcado por parte del Estado, que se apoyó en gran medida en el —erróneo— argumento de que la ilegitimidad era “el foco central de donde irradian todos los demás problemas que afectan la vida del niño y del adolescente” (*Boletín del ILAPI*, 1934a, p. 28). La estipulación de que “todo niño tiene derecho a saber quiénes son sus padres” (*Boletín del ILAPI*, 1934a, p. 83) entrañó el establecimiento de un nuevo sistema punitivo de rastreo de paternidad. La adopción de esta política por parte de un régimen autoritario que admiraba al fascismo, pero que lo formuló utilizando el vocabulario de los derechos del niño, revela tanto el oportunismo político del régimen terrista como de los pediatras uruguayos y hace resaltar las paradojas de las políticas de la infancia en los inicios del siglo XX.

El Código del Niño parecía estar atascado en muchas contradicciones. El Estado proporcionó una gran cantidad de servicios de forma gratuita a pesar de sus recursos limitados. Adoptado bajo un régimen autoritario que culpaba a los padres, otorgó derechos y protecciones a madres e hijos. Al igual que la Constitución uruguaya de 1934 —aprobada por plebiscito con fuerte abstención—, el Código ayudó a garantizar la legitimidad del Estado al incrementar los derechos sociales y económicos en un contexto de represión política.

Mientras tanto, los servicios en rápida expansión —incluso a través de unidades móviles— del Consejo del Niño ofrecieron un nivel de protección sin precedentes, convirtiendo a Uruguay en uno de los primeros países del mundo en implementar la protección a través de políticas públicas referidas a los derechos del niño. Distribuyendo sus servicios gratuitos por grupos de edad (prenatal, infancia, niñez y adolescencia) y por jurisdicciones (educación, derecho, servicios sociales y salud escolar), el Consejo se asentó en Montevideo y terminó estableciendo oficinas en todo el país (Tomé, 1938; Bauzá, 1947; Consejo del Niño, 1950). Aunque encabezado por un grupo de médicos, el Consejo estaba separado del nuevo Ministerio de Salud Pública —establecido en 1934—, lo que confirmaba inequívocamente la necesidad de tener abordajes tanto sociales como médicos.

En cinco años, el presupuesto del Consejo alcanzó casi el dos por ciento del gasto total del gobierno. Bajo su mandato, las medidas del Consejo llegaron a casi todos los niños uruguayos, como mínimo a través de controles de salud escolares y, en el caso de niños pobres o de clase trabajadora, a través de servicios coordinados a gran escala (Berro, 1939).

Si la ambición de Terra era cambiar la visión cosmopolita del país por otra nacionalista, el campo de la salud infantil se alejó de ese escenario. El hecho de que Terra proviniera del tradicional partido del Estado proteccionista uruguayo explica en parte su continuación de las políticas sociales de décadas anteriores, aunque bajo distintas condiciones políticas. Terra había justificado parcialmente su golpe diciendo que quería anticiparse a un supuesto complot comunista, pero luego buscó legitimarse reviviendo las políticas institucionales de sus predecesores. Al adoptar un enfoque de bienestar infantil basado en los derechos, Berro y la administración de Terra también apelaron a los valores y vínculos compartidos entre los expertos uruguayos en salud infantil y sus homólogos extranjeros, quienes se pronunciaron de manera notable dentro del IIAPI, la OH-SDN y la SCIU.

En diez años, el bienestar de los niños mejoró notablemente; así, el número de niños colocados en hogares de guarda se redujo en un 85%. La tasa de mortalidad infantil comenzó a caer de nuevo de manera sostenida en Uruguay, gracias a un leve aumento en el registro de nacimientos luego de la adopción en 1943 de la Ley de asignaciones familiares, que incrementó el número anual de nacimientos registrados. Para ese entonces, la dictadura de Terra y la Gran Depresión habían terminado; la prosperidad de las arcas del Estado y el retorno de la socialdemocracia provocaron una nueva ola de políticas sociales redistributivas, incluida la introducción de un salario mínimo. Sin embargo, hubo continuidades significativas con la concepción de los derechos del niño inicialmente codificada bajo un régimen represivo (Ruiz, 2008; Berro, 1944).

El entrelazamiento de plataformas nacionales e internacionales se evidenció en la relación de beneficio mutuo entre el Consejo del Niño de Uruguay y el IIAPI. El Código otorgó al Consejo el poder de nominar una selección de candidatos para representar a Uruguay en el IIAPI, asegurando “una conexión más íntima” entre las dos entidades (*Boletín del IIAPI*, 1934a). El Consejo estuvo encabezado por una sucesión de pediatras con compromisos trasnacionales, entre ellos Berro (1934-1943) y Bauzá (1943-1949). Después de la muerte de Morquio en 1935, Berro se desempeñó simultáneamente como director del IIAPI y del Consejo. El Consejo aprovechó estos enlaces para atraer la atención a sus iniciativas. Luego de la adopción del Código uruguayo, el *Boletín del IIAPI* creó una sección especial dedicada a los códigos del niño, los derechos del niño y la legislación y políticas relacionadas. Allí se publicaron con frecuencia descripciones y evaluaciones de los proyectos del Consejo, y el ejemplo uruguayo se extendió por América, a través de nuevas leyes y políticas de protección a la infancia. Dado que el enfoque de las políticas de infancia basado en los derechos proviniendo de Uruguay posiblemente ganó más atención internacional que cualquier otro país, la influencia del IIAPI también se fortaleció (Bauzá, 1943; Quesada Pacheco, 1937).

En la década de 1940, gracias al IIAPI, la OH-SDN, la OSP —tardíamente— y otras redes y agencias, la experiencia uruguaya fue cada vez más reconocida, discutida y emulada¹². Pero, después de la Segunda Guerra Mundial su aura internacional se

¹²Ver por ejemplo (Scully, 1947).

desvaneció. El IAPI fue eclipsado por la United Nations Children's Fund (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se institucionalizaron las cuestiones de salud y bienestar infantil. Las estrategias internacionales de desarrollo y ayuda, incluidas las destinadas a los niños, estaban ahora dictadas por las exigencias dominantes de los EEUU y la Guerra Fría que priorizaban —al menos, retóricamente— los derechos políticos por sobre los derechos sociales.

Sin embargo, incluso cuando el IAPI había perdido su brillo (Enochs, 1947), todavía tenía una carta que jugar antes de convertirse en el brazo técnico —con un alcance muy reducido— de la Organización de Estados Americanos (OEA). En enero de 1948, en el Congreso del Niño en Venezuela, el IAPI aprobó un Código Panamericano del Niño, junto con la Declaración de Caracas, un apéndice sobre los derechos y la salud del niño desarrollado conjuntamente por el IAPI, la OSP y el Children's Bureau de los EEUU. El Código panamericano, adaptable a diferentes contextos, desarrolló el abordaje uruguayo al detallar explícitamente los derechos del niño al cuidado, la educación y la protección contra la explotación, ya sea en el lugar de trabajo, en el hogar o en el sistema de justicia. Fue un paso más —aunque insuficientemente reconocido— en la génesis de la Declaración de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas de 1959¹³.

Conclusión

Como hemos argumentado aquí, Montevideo formó una tercera cumbre junto con las de París y Ginebra para dar forma a las ideas y prácticas del siglo XX sobre la salud y los derechos del niño. Los uruguayos y el IAPI eran conscientemente transnacionales. Decididamente, cultivaron vínculos con Francia y Europa, pero sus circuitos e influencias fueron multidireccionales y recíprocos, como lo demuestra la extensión de la Unión Médica Franco-Iberoamericana, los perfiles y redes de Morquio y Luisi, el patrocinio por parte de la OH-SDN del IAPI o la financiación de la gota de leche de Saint-Gobain por las Damas de Montevideo. Estos actores, entre otros, desafiaron las certezas y aprendieron de las prácticas entonces vigentes, que remodelaron dándoles un alcance internacional. A través de la adopción e implementación de su Código del Niño, Uruguay contribuyó, tanto teórica como prácticamente, a una nueva concepción de la salud infantil basada en los derechos y dedicada al bienestar, la educación, la salud, la nutrición, las protecciones legales y las condiciones de vida dignas, asegurada por un conjunto de instituciones de protección.

Entonces, ¿por qué este silencio historiográfico? Los paradigmas de la Guerra Fría explican en parte el eclipse histórico del IAPI llevado a cabo por agencias de las Naciones Unidas. Hoy en día, sigue siendo imperativo descentrar las agencias y actores dominantes y trascender las soledades regionales. Al mismo tiempo, es

¹³Zoe Moody menciona brevemente la Declaración de oportunidades para el niño del Congreso Panamericano del Niño de 1942, pero no el Código panamericano de 1948 como abanderado de los derechos del niño (Moody, 2015b; Sikkink, 2015).

fundamental dar rienda suelta al desafío, aunque incómodo, del discurso progresista sobre los orígenes de los derechos sociales y de la infancia, para poder apreciar plenamente los movimientos transnacionales y las complejas raíces de este campo.

Bibliografía

- Acción Femenina. (1925). Homenaje a Paulina Luisi. *Acción Femenina. Revista Mensual del Consejo Nacional de Mujeres del Uruguay*, v. 7, n. 51. Recuperado de: <https://bit.ly/3maiKOD>.
- Advisory Commission for the Well-being of Children and Youth. (1933). *Report of the Advisory Commission for the Well-being of Children and Youth*. 9 mai 1933, Registry n. 8F/18921/321. League of Nations Archives, Geneva (LNAG).
- Akami, T. (2017). Imperial politics, intercolonialism, and the shaping of global governing norms: Public health expert networks in Asia and the League of Nations Health Organisation, 1908-1937. *Journal of Global History*, v. 12, n. 1, p. 4-25.
- Álvarez Giménez, M. (2019). The transnational feminist movement in the Americas in the 1930s. *Ciencia Nueva. Revista de Historia y Política*, v. 3, n. 1, p. 112-133. doi: 10.22517/25392662.22661.
- Anales de la Facultad de Medicina. (1918). Informe sobre el viaje de la misión uruguaya en Francia. *Anales de la Facultad de Medicina*, n. 3, p. 165-172.
- Aráoz Alfaro, G. (1931). Experts hygiénistes en matière de protection de la lère enfance. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, v. 4, n. 3, p. 373-425.
- Aráoz Alfaro, G. et al. (1944). Organización integral de la protección a la infancia. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, v. 18, n. 3, p. 345-383.
- Archivos del IIAPI. (1926). *Memorandum from Luisi to Fournié*. Folder C113.A5. Archivos del IIAPI, Montevideo.
- Archives de Médecine des Enfants. (1921). *25 ans de professorat de Luis Morquio*. Archives de Médecine des Enfants.
- Armus, D. (2016). Eugenesia en Buenos Aires: Discursos, prácticas, historiografía. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 23, p. 149-170.
- Balinska, M. (1995). *Une vie pour L'humanitaire : Ludwik Rajchman 1881-1965*. Paris: La Découverte.
- Barona, J. (2015). *The Rockefeller Foundation, Public Health and International Diplomacy, 1920-1945*. London: Routledge.
- Bashford, A.; Levine, P. (dirs.) (2010). *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*. Oxford: Oxford University Press.
- Bauzá, J. (1913). Mortalidad infantil en la República del Uruguay en el decenio 1901-1910. *Revista Médica del Uruguay*, v. 16, p. 45-81.
- Bauzá, J. (1929). La protección a la primera infancia en Montevideo. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, v. 2, n. 4, p. 423-444.
- Bauzá, J. (1933). La protection à la première enfance dans l'Uruguay, en l'année 1932. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, v. 7, n. 1, p. 27-47.
- Bauzá, J. (1943). Acción futura del Consejo del Niño. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, v. 17, n. 2, p. 291-300.
- Bauzá, J. (1947). *Síntesis de la gestión desarrollada desde el Consejo del Niño en el periodo 1943-1946*. Montevideo: Editorial Médica García Morales.

- Becerro de Bengoa, M. (1921). Los problemas de la Asistencia Pública. *Segundo Congreso Médico Nacional*. Montevideo: Imprenta El Siglo Ilustrado. p. 169-231.
- Berro, R. (1939). Organización y resultados de los servicios de protección a la infancia en el Uruguay. VIII Congreso Panamericano del Niño. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, v. 13, n. 2, p. 347-377.
- Berro, R. (1944). *Las asignaciones familiares en la protección a la infancia*. Montevideo: Ediciones Ceibo.
- Biernat, C.; Ramacciotti, K. (2013). *Crecer y multiplicarse. La política sanitaria materno-infantil, Argentina 1900-1960*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Birn, A. E. (2006). The national-international nexus in public health: Uruguay and the circulation of child health and welfare policies, 1890-1940. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 13, p. 675-708.
- Birn, A. E. (2008). Doctors on record: Uruguay's infant mortality stagnation and its remedies, 1895-1945. *Bulletin of the History of Medicine*, v. 82, n. 2, 2008, p. 311-354.
- Birn, A. E. (2012). Uruguay's child rights approach to health: What role for civil registration? In: Breckenridge, K.; Szreter, S. (dir.). *Registration and recognition: Documenting the person in world history*. Oxford: Oxford University Press for the British Academy. p. 415-447.
- Birn, A. E.; Cabella, W.; Pollero, R. (2010). The infant mortality conundrum in Uruguay during the first half of the 20th century: An analysis according to causes of death. *Continuity and Change*, v. 25, n. 3, p. 435-461.
- Birn, A. E.; Necochea López, R. (2011). Footprints on the future: Looking forward to Latin American medical history in the twenty-first century. *Hispanic American Historical Review*, v. 91, n. 3, p. 503-527.
- Birn, A. E.; Pollero, R.; Cabella, W. (2003). No se debe llorar sobre leche derramada: El pensamiento epidemiológico y la mortalidad infantil en Uruguay, 1900-1940. *Estudios Interdisciplinarios de América Latina*, v. 14, n.1, p. 35-65.
- Boletín del Consejo Nacional de Higiene. (1925). Nomenclaturas de las enfermedades y de las causas de defunción. Convención Internacional suscrita en París, el 14 de octubre de 1920. *Boletín del Consejo Nacional de Higiene*, v. 20, n. 220, p. 90-100.
- Boletín del IAPI. (1929). Primer Congreso Nacional del Niño: Habana, Diciembre 31 de 1928. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, v. 3, n. 2, p. 332-334.
- Boletín del IAPI. (1934a). Código del Niño. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, v. 8, n. 1, p. 3-104.
- Boletín del IAPI. (1934b) Código del Niño del Uruguay: Juicios del extranjero. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, v. 8, n. 4, p. 479-485.
- Bonaba, J. (1919). Organismos de protección a la primera infancia. *Segundo Congreso Americano del Niño*. Montevideo: Peña Hnos. p. 236-275.
- Borowy, I. (2009). *Coming to Terms with World Health: The League of Nations Health Organization 1921-1946*. Frankfurt: Peter Lang.
- Brown, M. (2015). The global history of Latin America. *Journal of Global History*, v. 10, n. 3, p. 365-386.
- Bulletin de l'UMFIA. (1928). M. Guani visite l'œuvre franco-uruguayenne à St-Gobain. *Bulletin Trimestriel de l'UMFIA*, n. 24, p. 301.
- Caetano, G.; Jacob, R. (1989). *El nacimiento del terrismo, 1930-1933*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

- Campbell, D. (1929). *Infant Mortality: Inquiry of the Health Organization of the League of Nations, English section, Report*. London: H. M. Stationery Office.
- Carter, E. (2019). Social medicine and international expert networks in Latin America, 1930-1945. *Global Public Health*, v. 14, n. 6-7, p. 791-802.
- Castillo Troncoso, A. (2003). La visión de los médicos y el reconocimiento de la niñez en el cambio del siglo XIX al XX. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, v. 6, n. 2, p. 10-16. Recuperado de: <https://bit.ly/3q2THO6>.
- Comité National de l'Enfance. (1933). Congrès International pour la Protection de l'Enfance, 4-9 juillet 1933. Paris: Comité National de l'Enfance.
- Comby, J. (1931). Un interesante juicio sobre la AUPI. *Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia Boletín Trimestral*, v. 6, p. 18-19.
- Comité France-Amérique de Montevideo. (1924). *Le professeur Vaquez à Montevideo*. Comité France-Amérique de Montevideo. Imprenta y Editorial Renacimiento.
- Comisión Legislativa Permanente. (1934). *Debate del Código del Niño*. República Oriental del Uruguay. Poder Legislativo, 3 de abril, v. 8303, p. 9-10.
- Conrad, S. (2016). *What Is Global History?* Princeton: Princeton University Press.
- Consejo del Niño. (1950). *Guía informativa de las funciones que desarrolla el Consejo del Niño*. Montevideo: Consejo del Niño.
- Cuadro Cawen, I. (2018). *Feminismos y políticas en el Uruguay del Novecientos (1906-1932): Internacjonalismo, culturas políticas e identidades de género*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, Asociación Uruguaya de Historiadores.
- Cueto, M. (2004). *El valor de la salud: Una historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington D.C.: OPS.
- Cueto, M.; Palmer, S. (2015). *Medicine and Public Health in Latin America: A History*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cueto, M.; Brown, T.; Fee, E. (2019). *The World Health Organization: A History*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cumming, H. (1938). Development of international cooperation among the health authorities of the American Republics. *American Journal of Public Health*, v. 28, n. 10, p. 1193-1196.
- de Almeida, M. (2006). Circuito abierto: Idéias e intercâmbios médico-científicos na América Latina nos primórdios do século XX. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 13, n. 3, p. 733-757.
- De Barros, J. (2014). *Reproducing the British Caribbean: Sex, Gender, and Population Politics after Slavery*. Chapel Hill: University of North Carolina Press Books.
- Debré, R.; Olsen, O. (1931). Société des Nations. Organisation d'Hygiène. Les enquêtes entreprises en Amérique du Sud sur la mortalité infantile. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, v. 4, n. 3, p. 581-605.
- Délibérations*. (1919-1928). Conseil Municipal, Archives de St. Gobain (Aisne).
- Droux, J. (2011). L'internationalisation de la protection de l'enfance: Acteurs, concurrences et projets transnationaux (1900-1925). *Critique Internationale*, n. 3, 2011, p. 17-33.
- Droux, J. (2012). La tectonique des causes humanitaires: Concurrences et collaborations autour du Comité de protection de l'enfance de la Société des nations (1880-1940). *Relations internationales*, v. 3, n. 151, p. 77-90.
- Duprat, P. (1917). Francia-Uruguay: Los médicos uruguayos en París. *Revista Médica del Uruguay*, v. 20, n. 11, p. 65-66.
- Ehrick, C. (2005). *The Shield of the Weak: Feminism and the State in Uruguay, 1903-1933*. Albuquerque:

University of New Mexico Press.

- Ekstrand, E. (1931) À Paulina Luisi, 1 février 1931. Registry n. 11C/34573/322. LNAAG.
- Ekstrand, E. (1933) [funcionario sueco de la SDN] À Luis Morquiuo, 11 janvier 1933. Registry n. 8F/18921/321. LNAAG.
- El Debate*. (1934). Un nuevo paso triunfal para la revolución de marzo. *El Debate*, 4 de abril.
- Engerman, S. L.; Haber, S. H.; Sokoloff, K. L. (2000). Inequality, institutions, and differential paths of growth among New World economies. En: Ménard, C. (dir.). *Institutions, contracts, and organizations: Perspectives from new institutional economics*. London: Edward Elgar Publishing.
- Enochs, E. (1947). *American International Institute for the Protection of Childhood, Department of State Bulletin*. Washington: US GPO.
- Escardó y Anaya, V. (1952). Veinticinco años del Consejo Directivo y de la Dirección General. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, v. 26, n. 2, p. 91-105.
- Ferrière, S. (1924). Comité Uruguayen. En: *Save the Children International Union*. Archives d'État de Genève, Archives privées 92.33.65. Suisse: Mlle Suzanne Ferrière (1923-1927).
- Ferrière, S. (1925). Les Œuvres de protection de l'enfance en Amérique du Sud. *Revue Internationale de la Croix-Rouge et Bulletin International des Sociétés de la Croix-Rouge*, v. 7, n. 79, p. 453-505, p. 462-463.
- Fildes, V.; Marks, L.; Marland, H. (dirs.) (1992). *Women and children first: International maternal and infant welfare, 1870-1945*. London: Routledge.
- Fournié, E. (1934). Séptima Conferencia Internacional Americana. Capitulo V. Problemas sociales. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, v. 7, p. 229-249.
- Frohman, L. (2006). Prevention, welfare and citizenship: The war on tuberculosis and infant mortality in Germany, 1900-1930. *Central European History*, v. 39, p. 431-81.
- Gorman, D. (2017). *International cooperation in the early twentieth century*. London: Bloomsbury Academic.
- Guy, D. (1998a). The Pan American Child Congresses, 1916 to 1942: Pan Americanism, child reform, and the welfare state in Latin America. *Journal of Family History*, v. 23, n. 3, p. 272-291.
- Guy, D. (1998b). The politics of Pan-American cooperation: Maternalist feminism and the child rights movement, 1913-1960. *Gender & History*, v. 10, n. 3, 1998, p. 449-469.
- História, Ciências, Saúde - Manguinhos. (2017). *Madres y niños en HCS-Manguinhos*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/ypfytf5m>.
- Huhle, T. (2021). The transnational formation of a healthy nation: Uruguayan travelling reformers in the early twentieth century (1905-1931). *Revista Ciencias de la Salud*, v. 19, n. 3, p. 1-22.
- Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. (1925). *Antecedentes publicados por la Comisión Honoraria*. Montevideo.
- Iriye, A. (2013). *Global and transnational history: The past, present, and future*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Jalabert, R. (1938). When should legislative measures or public institutions make up for the lack of parental care? *XIII Jahrestagung der Association Internationale de Protection de l'Enfance* (Frankfurt). Registry n. 8F/18921/321. LNAAG.
- Klaus, A. (1993). *Every child a lion. The origins of maternal and infant health policy in the United States and France, 1890-1920*. Ithaca: Cornell University Press.
- Kollontai, A. ([1918] 1984). *The first steps towards the protection of motherhood*. En: *Alexandra Kollontai: Selected articles and speeches*. New York: International Publishers.

- Koven, S.; Michel, S. (dirs.) (1993). *Mothers of a new world: Maternalist politics and the origins of welfare states*. New York: Routledge.
- Lavrin, A. (1995). *Women, feminism, and social change in Argentina, Chile, and Uruguay*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- League of Nations. (1931). *Health Organisation*. Geneva: Information Section.
- Lefaucheur, N. (1992). La puériculture d'Adolphe Pinard. En: Tort, P. (dir.). *Darwinisme et Société*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Leroy, E. (1937). La protection de l'enfance en Uruguay. *Bulletin Trimestriel de l'UMFLA*, n. 121, p. 509.
- Lewis, J. (1980). *The politics of motherhood: Child and maternal welfare in England, 1900-1939*. Montreal: McGill Queen's.
- Linder, U. (2014). The transfer of European social policy concepts to tropical Africa, 1900-1950: The example of maternal and child welfare. *Journal of Global History*, v. 9, n. 2, p. 208-231.
- Luisi, P. (1948). *Otra voz clamando en el desierto: Proxenetismo y reglamentación*. Montevideo: C.I.S.A.
- Madsen, T. (1927). Report by the president of the Health Committee on his technical mission to certain South American countries. Assemblée 8, Decs. 39-133, 1708. LNAO.
- Marshall, D. (1999). The construction of children as an object of international relations: The Declaration of Children's Rights and the Child Welfare Committee of League of Nations, 1900-1924. *International Journal of Children's Rights*, v. 7, n. 2, p. 103-148.
- Marshall, D. (2008). Dimensions transnationales et locales de l'histoire des droits des enfants. La Société des Nations et les cultures politiques canadiennes, 1910-1960. *Genèses*, v. 71, n. 2, p. 47-63.
- Martínez Franzoni, J. (2006). ¿Presión o legitimación? Poder y alternativas en el diseño y adopción de la reforma de salud de Costa Rica, 1988-1998. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 13, n. 3, p. 591-622. Recuperado de: <https://bit.ly/3DX216X>
- McKenna, L. C. (1927). Rapporteur. Results of the mission carried out in certain Latin American countries by the president of the Health Committee. 16 septembre 1927. LNAO.
- Milanich, N. (2020). Comment on "'The kids aren't all right'". *American Historical Review*, v. 125, n. 4, p. 1293-1295.
- Miller, C. (1995). The social section and Advisory Committee on Social Questions of the League of Nations En: Weindling, P. (dir.). *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 154-175.
- Moody, Z. (2014). Transnational treaties on children's rights: Norm building and circulation in the 20th Century. *Paedagogica Historica*, v. 50, n. 1-2, p. 151-164.
- Moody, Z. (2015a). La fabrication internationale des droits de l'enfant: Genèse de la Déclaration des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (1946-1959). *Relations Internationales*, v. 1, n. 161, p. 65-80.
- Moody, Z. (2015b). The United Nations Declaration of the Rights of the Child (1959): Genesis, transformation and dissemination of a treaty (re) constituting a transnational cause. *Prospects*, v. 45, n. 1, p. 15-29.
- Morquio, L. (1907). La pediatria en París. *Archivos Latinoamericanos de Pediatría*, v. 3, n. 8, p. 268-280.
- Morquio, L. (1926). La crèche des enfants assistés de Montevideo. *Le Nourrisson*, v. 14, p. 1-17.
- Morquio, L. (1916). Protección a la primera infancia. *Primer Congreso Médico Nacional*. Montevideo: Imprenta El Siglo Ilustrado.
- Morquio, L. (1930). Institut International Américain de Protection à l'Enfance. Décembre 1930, Registry n. IIC/34573/322. LNAO.

- Morquio, L. (1933). Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, Organización y Actividades. 30 janvier 1933, Registry n. 8F/18921/321. LNA.G.
- Muñoz C.; Pachón, X. (1991). *La niñez en el siglo XX*. Bogotá: Planeta. p. 343-348.
- Nahum, B. (1994). *La época ballista, 1905-1929*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Nogueira, J. (1926). Nogueira, J. to Rafael Schiaffino, 8 november 1926. Box R998, Folder 62772. LNA.G.
- Osta Vázquez, M. L. (2020). *La infancia del Torno. Orfandad, adopciones y prácticas olvidadas en Montevideo del siglo XIX*. Montevideo: BMR.
- Otovo, O. (2016). Embaixadores da academia: Puericultura, congressos da criança e a repercussão multinacional da medicina brasileira. En: Sanglard, G. (dir.). *Amamentação e políticas para a infância no Brasil: A atuação de Fernandes Figueira, 1902-1928*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 119-130.
- Panizza, F. (1997). Late institutionalisation and early modernisation: The emergence of Uruguay's liberal democratic political order. *Journal of Latin American Studies*, v. 29, n. 3, p. 667-691.
- Pellegrino, A. (1997). Vida conyugal y fecundidad en la sociedad uruguaya del siglo XX: Una visión desde la demografía. En: Barrán, J.; Caetano, G.; Porzecanski, T. (dirs.). *Historias de la vida privada en el Uruguay. Individuo y soledades, 1920-1990*. Montevideo: Ediciones Santillana. p. 104-133.
- Pernet, C. (2013). Developing nutritional standards and food policy: Latin American reformers between the ILO, the League of Nations Health Organisation, and the Pan-American Sanitary Bureau. En: Kott, S.; Droux, J. (dirs.). *Globalizing Social Rights*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Peruchena, L. (2020). *La madre de nosotros: Maternidad, maternalismo y Estado en el Uruguay del Novecientos*. Tesis de doctorado, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República. Recuperado de: <https://tinyurl.com/2wbkcuw5>.
- Pinard, A. (1917). La mortalidad infantil en Francia. *La Tuberculosis. Órgano de la Liga contra la Tuberculosis en el Uruguay*, v. 15, n. 1-3, p. 11-12.
- Quesada Pacheco, R. (1937). Informe sobre la obra de protección a la infancia realizada por el Consejo del Niño del Uruguay. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, v. 11, n. 2, p. 261-283.
- República Oriental del Uruguay. (1911). *Registro Nacional de Leyes, decretos y otros documentos publicados por el Ministerio del Interior*. Montevideo: Diario Oficial.
- República Oriental del Uruguay. Comisión Legislativa Permanente (1934). Debate Código del Niño. *Poder Legislativo*, 3 abril (8303), p. 9-10.
- Rodríguez Fabregat, E. (1927) Discurso del señor ministro de Instrucción Pública don Enrique Rodríguez Fabregat y Declaración de los Derechos del Niño. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, v. 1, n. 1, p. 37-41.
- Rojas Novoa, M. (2018). La infancia como una preocupación social en América. El caso del Instituto Internacional Americano de Protección de la Infancia (1927-1949). *Revista de Ciencias Sociales*, n. 159, p. 13-27.
- Rojas Novoa, M. (2020). Conditions surrounding the emergence of the child-protection movement in the Americas: Gender tensions in the construction of legitimacy, categories and practices. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 26, supl. 1, p. 21-38. doi: 10.1590/S0104-59702019000500002.
- Rollet, C. (2001). La santé et la protection de l'enfant vues à travers les Congrès Internationaux (1880-1920). *Annales de Démographie Historique*, v. 101, n. 1, p. 97-116.

- Rollet, C. (1997). Le modèle de la goutte de lait dans le monde: Diffusion et variantes. En: *Les biberons du docteur Dufour*. Fécamp: Musées Municipaux de Fécamp. p. 111-117.
- Rooke, P.; Schnell, R. (1995). Uncramping child life: International children's organizations, 1914-1939. En: Weindling, P. (dir.). *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 176-202.
- Ruiz, E. (2008). Del viraje conservador al realineamiento internacional, 1933-1945 En: Frega, A. (dir.). *Historia del Uruguay en el siglo XX: (1890-2005)*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental. p. 85-121.
- Rusnock, A. (2005). Quantifying infant mortality in England and France, 1750-1800. En: Jorland, G.; Opinel, A.; Weisz, G. (dirs.). *Body counts: Medical quantification in historical and sociological perspectives*. Montreal: McGill-Queen's University Press. p. 65-86.
- Sáenz, J. (2012). La infancia de la infancia. Particularidades y efectos del discurso sobre la degeneración de la raza colombiana en los años veinte y treinta del siglo pasado. En: Sosenski, S.; Jackson Albarrán, E. (dirs.). *Nuevas miradas a la historia de la infancia en América Latina: Entre prácticas y representaciones*. México: UNAM. p. 209-240.
- Sánchez Román, J. (2016). Buscando un lugar en el mundo: la Sociedad de Naciones y la inserción internacional de América Latina. *Orpheus Noster. A KRE Eszme, Kultúrés Vallástörténeti Folyóirata*, v. 8, n. 4, p. 20-33.
- Sanglard, G. (dir.) (2016). *Amamentação e políticas para a infância no Brasil: A atuação de Fernandes Figueira, 1902-1928*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Sapriza, G. (1998). *Memorias de rebeldía: Siete historias de vida*. Montevideo: Punto Sur Editores.
- Sapriza, G. (2006). La hora de la eugenesia: Las feministas en la encrucijada. En: Morant, I. (dir.). *Historia de las mujeres en España y América Latina*. Madrid: Ediciones Cátedra. p. 889-913.
- Saunier, P. Y. (2013). *Transnational History*. New York: Palgrave Macmillan.
- Scarzanella, E. (2003). Los pibes en el Palacio de Ginebra: Las investigaciones de la Sociedad de las Naciones sobre la infancia latinoamericana (1925-1939). *Estudios Interdisciplinarios de América Latina*, v. 14, n. 2. Recuperado de: <https://bit.ly/3DZxvcE>
- Schiaffino, R. (1926). Montevideo, Consejo Nacional de Higiene. Registry n. 126/43977/40227. LNAG.
- Schneider, W. (1986). Puericulture and the style of French eugenics. *History and Philosophy of the Life Sciences*, v. 8, p. 265-277.
- Scully, M. (1947). That Children Might Live: The realized vision of Luis Morquio. *Reader's Digest*, v. 51, n. 304, août, p. 121-125.
- Semashko, N. ([1921] 1990). Protection of mother, baby, and child in Russia. En: Rosenberg, W. (dir.). *Bolshevik Visions: First phase of the cultural revolution in Soviet Russia*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Sikkink, K. (2015). Latin America's protagonist role in human rights. *SUR-International Journal on Human Rights*, n. 22.
- Silveira Netto Nunes, E. (2008a). Os primeiros Congressos Panamericanos del Niño (1916, 1919, 1922, 1924) e a participação do Brasil. *XIX Encontro Regional de Historia: Poder, Violencia e Exclusão*. São Paulo.
- Silveira Netto Nunes, E. (2008b). Redes científico-intelectuais na América Latina: O papel do Boletín del Instituto Interamericano del Niño, na década de 1930-1940. *Anais Eletrônicos do VIII Encontro Internacional da ANPHLAC*.
- Silveira Netto Nunes, E. (2012). "La infancia latinoamericana y el Instituto Internacional Ame-

ricano de Protección a la Infancia (1916-1940). En: Sosenski, S.; Jackson Albarrán, E. (dirs.). *Nuevas miradas a la historia de la infancia en América Latina: Entre prácticas y representaciones*. México: UNAM. p. 73-302.

Tomé, E. (1938). *Código del Niño. Anotado con todas las leyes, decretos y acordadas vigentes y con la jurisprudencia nacional*. Montevideo: Claudio García Editor.

Turenne, A. (1947). Influencia de la ciencia médica francesa sobre la medicina nacional uruguaya. *Anales de la Facultad de Medicina*, v. 32, n. 11-12, p. 1060-1070.

Turnes, A. (2015). Luis Morquio, fundador de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, v. 86, n. 3, 2015, p. 165-166.

Vaillant, A. (1873). *La República Oriental del Uruguay en la Exposición de Viena*. Montevideo.

Zárate Campos, M. (1999). De partera a matrona. Los inicios de la profesionalización del cuidado de la madre y de los hijos en Chile, 1870-1920. *Revista Colegio de Matronas*, v. 7, n. 2, p. 13-18.

Educación física y eugenesia en Uruguay (1900-1948)

*Camilo Rodríguez Antúnez*¹

La eugenesia en el Uruguay²

Las lógicas biopolíticas occidentales, ampliamente analizadas por Foucault, tuvieron un importante anclaje en el Uruguay, generando afectaciones para la consagración de políticas públicas vinculadas a la regulación de la población. El avance del discurso biomédico en el contexto local sobre fines del siglo XIX y principios del XX, como ha señalado Barrán (1995), fue una de las condiciones que posibilitó la consolidación de la asistencia de la población como un deber de Estado y la consagración de la salud del cuerpo individual y del cuerpo múltiple como una preocupación política. La lucha contra las enfermedades, sobre todo de los sectores populares, fue una preocupación constante dentro de los grupos reformistas de la época que temían por su propagación.

Una de las variables claves que emergió dentro de este proceso fue la identificación de un conjunto de individuos que, desde la perspectiva económica y de utilidad social que se encontraba impulsando la “elite reformista” (Duffau, 2019) uruguaya, no colaboraba con las lógicas del progreso. En este marco, el discurso médico jugó un papel protagónico en la visibilización de todos estos individuos y en la caracterización, a partir de conceptos científicos, de la “anormalidad”. Por medio de postulados científicos se tendió a delimitar las cualidades de los “anormales”³ y algunas de las condiciones que los generaban como los factores ambientales o los hereditarios.

A partir de la década de 1920, este entramado discursivo —donde los saberes provenientes de la biología, medicina y psiquiatría tuvieron un rol destacado— se articuló con los postulados eugenésicos tendientes a generar políticas que favorecieran el desarrollo de los “normales” e impidieran la reproducción de los “anormales”. En relación al ámbito de la política, como lo ha abordado en profundidad Sapriza (2001), a partir de la década de 1930 se confeccionaron un conjunto de leyes

¹Magíster en Enseñanza Universitaria, Comisión Sectorial de Enseñanza, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República, Uruguay.

²El presente trabajo forma parte de una investigación más amplia, sobre el devenir de la eugenesia en Uruguay y sus articulaciones con la educación física durante el periodo 1900-1948, que se desarrolló en el marco de la Maestría en Enseñanza Universitaria de la Comisión Sectorial de Enseñanza (Universidad de la República-Uruguay), con la beca de la Comisión Académica de Posgrado-Udelar (2017-2019) y la financiación del Instituto Superior de Educación Física-Udelar.

³Para un desarrollo en profundidad sobre la historia de la locura en el Uruguay, ver Duffau (2019).

fundamentadas específicamente desde los postulados eugenésicos como: los consultorios médicos prematrimoniales (1932), el control sanitario de extranjeros (1934), la despenalización del aborto (1934), el Código del Niño (1934), la creación de la Comisión de Eugenesia (1935), y la creación de los consultorios de eugenesia (1937).

Estas políticas, como visibiliza Sapriza, generaron una gran cantidad de espacios e instancias donde los enunciados sobre la eugenesia fueron puestos en circulación por actores representantes de diferentes sectores políticos, marcando un *auge* de la circulación de los postulados eugenésicos en el país.

Particularmente, dentro del desarrollo de la eugenesia en el contexto local, nos interesa destacar que en torno a la infancia y su educación en el Uruguay se erigieron las principales políticas de eugenesia que fueron generando una institucionalidad específica para su desarrollo. Como un hecho significativo de esta articulación se puede observar la creación, en 1934, del primer Código del Niño que tuvo el país, en el que la puericultura aparecía como el gran marco para pensar al infante y dentro de esta se colocaba la eugenesia. En conjunto, según lo mencionado por Barrán (1999), se puede pensar que el Código fue una de las principales políticas de eugenesia desarrolladas en el país y, a su vez, este supuesto también se vincula con lo estipulado por Bashford y Levine (2010) en cuanto a que la puericultura fue uno de los modelos de eugenesia predominantes en América del Sur.

La articulación de las medidas eugenésicas en el primer Código del Niño del Uruguay representa un importante acontecimiento a partir del cual visualizar parte del proceso por el cual la infancia y su educación se fueron constituyendo en el país en torno a este entramado.

La preocupación por la educación de las niñas y los niños y de la población en general, sobre todo vinculada a la sexualidad y articulada a los supuestos eugenésicos, comenzó a ser visualizada por algunos médicos y médicas como una preocupación que el Estado debía asumir. Dentro del recorrido realizado identificamos que a partir de la década de 1920 y 1930 la eugenesia influyó en la educación estatal. Desde el discurso médico se entendió que las conductas sexuales de los individuos debían ser uno de los grandes focos sobre los que centrar la educación. En esta línea, se destaca la enunciación del primer plan y métodos de enseñanza sexual redactado en 1919 por la doctora Paulina Luisi⁴.

El plan, que en términos de Luisi representaba la enseñanza biológico-eugenésica, es un importante documento para entender las formas en las que fue concebida la eugenesia en el país. Esta era definida como un gran programa educativo que incluía un conjunto de pautas sobre cómo debían ser las conductas de los individuos para propiciar que la raza no se degenera y evolucione. Para este trabajo, resulta importante destacar que dentro del conjunto de pautas se incluyó a la educación física.

Uno de los mecanismos específicos que propuso la doctora Luisi para conseguir que el cuerpo responda a los imperativos de la moral biológica-eugenésica y se vincule con el ideal de superioridad racial fueron las prácticas de educación física:

⁴Sobre el desarrollo del primer plan y los métodos de enseñanza sexual generados por Paulina Luisi y su vínculo con el discurso eugenésico, ver Rodríguez Antúnez (2019).

El individuo debe gastar su energía vital, ejerciendo todas sus aptitudes físicas: los deportes moderados, los ejercicios físicos en general son un deber del hombre para conmigo mismo. Es necesario evitar que se acumulen las energías físicas sin ser empleadas, dado que el gasto de estas energías en los ejercicios físicos y los deportes son un derivativo poderoso a las exigencias de los sentidos. (Luisi, 1950, p. 85)

Dentro del programa aparecía desglosada de la siguiente manera: “c) Educación física: 1.9) Relación entre el ejercicio físico y las funciones genitales. 2.9) La castidad, como medio de dar mayor vigor al cuerpo. 3.9) Castidad y trabajo” (Luisi, 1920, p. 26-27). La educación física, desde la perspectiva de la autora, debía ser practicada como “un deber” por parte de los individuos y sus finalidades estuvieron orientadas sobre dos objetivos complementarios. Por un lado, el sometimiento del cuerpo a la moral biológica para que no se vincule con prácticas que propicien su degeneración, tales como el alcoholismo y la prostitución, entre otras. La dominación del cuerpo debía darse por medio del sometimiento de sus energías a las prácticas de educación física y el deporte. Por otro lado, la canalización de estas energías propiciaba consagrar el vigor corporal, el cual posibilitaría una buena descendencia y, a su vez, hacer frente a las demandas industriales. Desde esta perspectiva, se entendía que la maximización de la energía corporal se trasladaba al movimiento de la máquina y, con ella, a la industria.

La articulación de Luisi entre eugenesia y educación física resulta significativa en la medida que esta última fue incorporada como una de las herramientas a implementar dentro del marco de un programa de educación biológico-eugenésico. En alguna medida, la mención de Luisi es importante para visibilizar que entre el discurso médico-eugenésico y la educación física se establecieron continuidades discursivas en el Uruguay. Dentro de las fuentes analizadas, identificamos que los supuestos manejados por las médicas y los médicos eugenistas de la época encuentran grandes continuidades discursivas con las formas de significar a la educación física por parte de Luisi. De hecho, un ejemplo explícito de esto lo encontramos en el Congreso de Ginecología desarrollado en Montevideo en 1949 donde los médicos argentinos Rogelio Caso y Francisco Fernández Rosas mencionaban que la eugenesia no solo era la ciencia, sino que también la “acción social, jurídica y política”. Dentro de la acción social, al igual que Luisi, colocaban a la “cultura física”:

...ciencia que estudia el mejoramiento de la raza a través de la herencia. La eugenesia es no solo la ciencia y el arte, sino también la acción social, jurídica y política, que tienen por guía el perfeccionamiento de la especie humana, enfocado bajo el factor generación, vale decir, la procreación de la especie a través de los hijos. [...] Entre las medidas eugenésicas se cuenta: el mejoramiento económico de la familia con prole numerosa, medidas de cultura física, la educación, vivienda higiénica y barata, el aislamiento de los indeseables y criminales, alcoholistas, etcétera. (Caso & Fernández, 1949, p. 132)

Las consideraciones de los médicos argentinos y las de Luisi sobre la educación física —en la línea francesa— formaba parte de las estrategias a implementarse para alcanzar algunos de los objetivos claves de la eugenesia como lo era consagrar un cuerpo que pueda engendrar otro buen cuerpo y, a su vez, que potencie el desarrollo industrial. Como veremos en el próximo apartado, estas también fueron algunas de las formas de significar a la educación física por parte de los representantes del campo en el Uruguay, configurándose como algunas de las continuidades que se establecieron entre ambas disciplinas.

La emergencia de este plan así como de la revista *Vivir*⁵ fueron importantes manifestaciones de un proceso marcado por la puesta en discurso de la sexualidad, el cual estuvo atravesado por los postulados eugenésicos específicamente en Uruguay y en la región (Miranda, 2011).

Por último, dentro del recorrido por las diferentes formas en que proliferó el discurso eugenésico en el país, resulta importante destacar que, a partir de la década de 1930, en coordinación con importantes instituciones de la región —como ampliamente lo han abordado Miranda & Vallejo (2012, 2018)— las y los eugenistas uruguayos comenzaron a realizar articulaciones con la biotipología. Esta última se convirtió en una de las disciplinas aliadas de la eugenesia, siendo el modelo a partir del cual pensar el desarrollo de políticas en el país. Como señalaremos sobre el final de este trabajo, la biotipología fue una de las disciplinas que tuvo un importante desarrollo disciplinar dentro de la formación de profesores de educación física durante las décadas de 1940-1960, constituyéndose en una de las más importantes manifestaciones en las que se articuló la eugenesia y la educación física en Uruguay.

El discurso eugenésico y su vínculo con el campo de la educación física

La educación física se configuró en la modernidad en torno a las lógicas biopolíticas que tuvieron como objeto y blanco de poder al cuerpo. Los discursos emergentes que pregonaban por la maximización de las energías corporales para el desarrollo industrial, así como el fortalecimiento del cuerpo para la guerra y la evolución racial, identificaron en la educación física una importante aliada para el desarrollo anhelado. En este entramado, las prácticas de la educación física en la primera mitad del siglo XX —por lo menos— se orientaron en mayor medida a educar el cuerpo de los individuos con el fin de maximizar su vida y propiciar su funcionalidad con las lógicas de la economía política naciente. En este marco, la educación física se convirtió, en la modernidad, en una de las instancias privilegiadas, aunque no la única, de la educación del cuerpo.

⁵*Vivir* fue creada en 1937 por el doctor Roberto B. Giudici quién además ofició como director responsable durante todo el período analizado (1937-1950). La revista se encontraba abocada a la “divulgación médica, higiene y profilaxis” y dentro de su Consejo patrocinador se encontraba un gran número de médicos que se vincularon al discurso eugenésico durante la primera mitad del siglo XX. *Vivir* fue una de las principales revistas sobre sexualidad en el Uruguay de las décadas de 1930 a 1950.

En Uruguay, tal como lo señalaron Dogliotti (2012) y Rodríguez Giménez (2012), el campo de la educación física no fue ajeno al avance de las lógicas biopolíticas desarrolladas tanto a nivel internacional como local, edificándose en torno los saberes provenientes de las ciencias biomédicas. Las y los autores mencionan que la disciplina estuvo más centrada en un enfoque vinculado a la educación que a la enseñanza, más próxima a una tecnología auxiliar del campo biomédico que a una disciplina científica con un campo de saber propio, más cercana a las lógicas de lo político que de la política (Rodríguez Giménez, 2016).

Como hemos mencionando, los postulados eugenésicos tuvieron un importante desarrollo a nivel internacional y local, emergiendo sobre todo a partir de la década de 1920 en algunos espacios de relevancia del país como el político, médico, educativo, entre otros. En este trabajo nos interesa destacar que el campo de la educación física, que comenzó a desarrollarse lentamente a principios del siglo XX en Uruguay, fue uno de ellos.

La conformación del campo de la educación física en el Uruguay, como señala Dogliotti (2012), acompañó la visión según la cual los sistemas educativos modernos debían acompañar el desarrollo de la nación. En este sentido, dentro de la conformación del sistema de educación pública uruguaya, que tuvo a José Pedro Varela (1845-1879) como uno de sus máximos impulsores y exponentes, emergen dentro del programa escolar las primeras vinculaciones con la enseñanza de algunos de los contenidos que luego continuaron en los programas de la disciplina educación física.

Dogliotti señala que en un primer momento la centralidad estuvo puesta en la gimnasia y en los ejercicios físicos, siendo las maestras normalistas las encargadas de impartir estas prácticas sobre los cuerpos de las niñas y los niños. El predominio de la gimnasia y los ejercicios físicos, como antecedente de lo que luego se denominó “educación física”, fue lo que primó en el país hasta la conformación de la Comisión Nacional de Educación Física (CNEF) durante el gobierno de José Batlle y Ordoñez, en 1911. A partir de la creación de la Comisión se comenzó a dar, en términos de Dogliotti, “un lento y paulatino pasaje de la gimnástica al sport que culminará recién a mediados de siglo XX” (2012, p. 59).

En términos generales, resulta importante destacar que el proceso de consolidación de la Comisión Nacional de Educación Física y sus diferentes políticas desarrolladas se dio por medio de la influencia de la Young Men’s Christian Association (YMCA) de EEUU, la cual operó como su “matriz fundacional”. Los modelos de plazas de deporte, el suelo epistémico sobre el cual se confeccionaron las prácticas, los planes de formación para un personal especializado en la materia, entre otras cosas, se generaron, en gran medida, a partir de los conocimientos importados de la YMCA. Estos conocimientos tuvieron la cualidad de estar asentados sobre un suelo epistemológico proveniente, sobre todo, de las “ciencias económicas” y las “ciencias biológicas y médicas” (Dogliotti, 2012).

Los primeros referentes de la educación física en el Uruguay fueron formados en el Springfield College de la YMCA, brindándoles esta formación un conjunto de conocimientos vinculados a la estructuración del campo que luego ensamblaron en el marco de las políticas implementadas por la Comisión Nacional de Educación

Física. Estos “líderes” formados en el Springfield College, se consagraron como referentes discursivos en el proceso de consolidación de la Comisión Nacional de Educación Física, y sus enunciados tienen vinculaciones con los postulados eugenésicos.

La influencia de la YMCA en Uruguay tuvo un peso mayor en relación a los países vecinos en la medida en que —al momento de arribar al país, a diferencia de Argentina, por ejemplo, donde ya existían referentes locales y una mayor producción vinculada al campo— el desarrollo de la educación física era incipiente. Por esto, hasta la creación en 1939 del Curso para Profesores de Educación Física dentro de la órbita de la Comisión Nacional de Educación Física, existieron diferentes cursos dictados por estos referentes, así como la consagración de políticas específicas de fomento de la educación física en el país sobre todo en relación a las plazas de deportes⁶. Aun así, la generación del Curso para Profesores en la década de 1940 representa un hito para el desarrollo del campo de la educación física en el país.

La creación de la Comisión Nacional de Educación Física (primera institución estatal abocada al tratamiento específico de la temática), el 7 de julio de 1911, se dio en el marco de un proceso iniciado por el presidente José Batlle y Ordóñez el 7 de julio de 1906 al enviar desde el Poder Ejecutivo a la Asamblea General, y con la firma del ministro Claudio Williman, el proyecto de creación de los “Juegos Atléticos Anuales”. Este mensaje, que ha sido analizado por diferentes autoras y autores (Lima, 2008; Rodríguez Giménez, 2012; Dogliotti, 2012; Rodríguez Antúnez, 2016), es de una significación importante para este trabajo en la medida que fue reproducido y visibilizado —por lo menos hasta 1950— por diferentes actores del campo de la educación física y en una gran cantidad espacios de difusión, configurándose como enunciados de gran visibilidad a nivel nacional. A su vez, en él emergen algunos de los elementos claves del discurso eugenésico que, si bien no hacen una alusión explícita a la doctrina iniciada por Galton, mantienen fuertes continuidades discursivas con ella, constituyendo su base. En torno al mensaje, resulta significativo resaltar lo siguiente:

Tiende este proyecto a fomentar en los habitantes del país, el gusto y la pasión por los ejercicios físicos que hacen a las razas más sanas y más fuertes. Nuestra acción en este sentido ha sido casi nula hasta el presente, y en cambio hemos invertido e invertimos sumas ingentes en la educación mental de la juventud y de la infancia por medio de las escuelas y universidades. Desconocemos, al proceder así, que existen para las razas dos medios esenciales de superioridad, uno fisiológico y otro mental, pero que ante todo es preciso que una raza sea fisiológicamente fuerte [...] En lo que concierne al cuerpo, agrega, una personalidad rica de conocimientos numerosos, pero con una mala constitución física, es de poco valor, porque los descendientes morirán faltos de salud, en una o en dos generaciones. A la inversa, una bella y robusta constitución aunque no sea acompañada de ningún talento, merece ser

⁶Sobre el surgimiento y desarrollo de las plazas de deporte en Uruguay, ver Scarlato (2015).

conservada, porque en las generaciones que vendrán, la inteligencia podrá desenvolverse indefinidamente. (Badano, 1943, s/p.)

En continuidad con los postulados lamarckianos de importante difusión por esa época, en el mensaje aparece la idea de que los individuos fuertes y sanos eran aquellos que tenían mayores posibilidades de sostener una buena herencia familiar en una o dos generaciones, y este es uno de los elementos más cercanos a los postulados eugenésicos. A su vez, la salud aparece vinculada a la fecundidad, donde un individuo vigoroso y fisiológicamente superior era un buen eslabón en la cadena evolutiva. El deporte y los ejercicios físicos fueron considerados como dos grandes auxiliares en esas tareas de fortalecer a la raza por medio de la mejora en la fisiología y eso, entendían, colaboraba con el objetivo de propiciar la superioridad racial. Padres más vigorosos engendraban hijos más fuertes y estos, finalmente, eran los que importaban desde esta lógica. El ser hablante, en estos enunciados, fue pensado desde la perspectiva del valor que representaba para el Estado en términos económicos. Su salud era visualizada en relación al gasto que generaba su conservación, sosteniendo que el talento como la inteligencia eran valores relativos y de segundo orden en relación a su eficiencia orgánica. El cuerpo políticamente dócil y económicamente rentable, el cuerpo de las lógicas biopolíticas, es el que emerge en estos enunciados.

Por otra parte, aparece otro de los elementos que se articularon en torno al discurso eugenésico como fue el ideal de belleza. El cuerpo ideal en el que todas y todos debían ver su representación estaba asociado a la robustez y la elegancia del modelo inglés propuesto por Batlle y Williman. Resulta significativo lo mencionado por Álvarez (1985) en relación a que este fue uno de los móviles enunciados por Francis Galton para implementar la tecnología eugenésica: elevar a la raza británica, ya que esta tenía la tarea de fundar y desarrollar las diferentes colonias con las cuales contaba el imperio⁷.

El modelo a partir del cual se debían reproducir los individuos en las nuevas colonias debía ser el del británico tallado por medio de las herramientas eugenésicas que propiciarían su perfección. En la fundación de la Comisión Nacional de Educación Física los postulados imperialistas de Galton parecieran hacerse presente, por medio de los *sport* ingleses se debía forjar la nueva raza uruguaya a imagen y semejanza del cuerpo inglés. La descendencia en el Uruguay debía estar dada por este modelo “esbelto, fino, de una real elegancia, y esa superioridad” (Badano, 1943, s/p.) que representaba a los ingleses, según Batlle y Williman.

Las menciones al ideal de belleza dentro del discurso eugenésico fueron recurrentes, lo cual se puede pensar en relación al “horizonte utópico” (Sapriza, 2001) eugenésico donde se instaló una imagen, una representación sobre el cuerpo ideal

⁷Álvarez (1985) sostiene que, si bien para 1901 el desarrollo imperial de Inglaterra se encontraba en retroceso, Galton seguía postulando a la eugenesia como una importante aliada para este objetivo: “para ninguna nación es más necesaria una elevada casta humana que para la nuestra, pues nosotros plantamos nuestro tronco a lo largo del mundo entero y ponemos las bases de las disposiciones humanas y capacidades de futuros millones de seres humanos” (Galton, 1901, citado en Álvarez, 1985, p. 145).

que se debía alcanzar. Fortalecer la raza, fortalecer la calidad y cantidad de la descendencia para propiciar la defensa y expansión de la nación, fue otro de los objetivos en torno a los que se constituyó el discurso eugenésico y que propició el desarrollo de políticas de educación física a nivel mundial aunado a ambas disciplinas. Las ideas manejadas por Batlle y Williman forman parte de la constelación en torno a la cual se constituyó la eugenesia a nivel internacional. En el Uruguay, en las primeras décadas del siglo XX, los supuestos biológicos manejados en el mensaje —sobre la transmisión de los caracteres adquiridos— eran la interpretación dominante dentro del ámbito académico. Estas ideas, en la década de 1920, se articularon en torno al ideal eugenésico y fueron utilizadas para pensar la educación física. En este sentido, entendemos que los enunciados de Batlle y Williman forman parte del entramado discursivo en el cual se constituyó la eugenesia, aunque no es posible sostener que ellos estuviesen realizando alusiones explícitas a la “ciencia” iniciada por Galton, sobre todo si observamos que los primeros trabajos que enunciaron a la eugenesia en el país surgieron en la década de 1920.

Dentro del proceso de conformación del campo de la educación física en Uruguay en las primeras cuatro décadas del siglo XX nos interesa destacar lo mencionado por un importante referente del área, Francisco Ghigliani⁸, quien realizó alusiones específicas al vínculo entre la eugenesia y la educación física. Los enunciados de Ghigliani son de una importancia significativa para este trabajo en la medida que visibilizan algunos de los puntos de conexión que se generaron entre la eugenesia, en tanto una tecnología de la sexualidad (Foucault, 2009) y la educación física, en tanto tecnología disciplinaria del cuerpo vinculada a la consagración de un ideal de raza superior.

Ghigliani, formado en medicina, identificaba a la eugenesia como un mecanismo de selección de los padres. Como se puede observar dentro de los documentos del periodo, cuando las médicas y los médicos y demás personalidades del campo académico uruguayo se referían específicamente a la eugenesia, lo hacían, sobre todo, respecto al acto de la selección de los progenitores antes de casarse y a las leyes de la herencia vinculadas a la transmisión de los caracteres adquiridos. Dentro del marco general de los postulados eugenésicos establecieron conexiones con un conjunto de prácticas tendientes a propiciar que quienes lleguen al momento de casarse se encuentren en condiciones tales de propiciar la evolución racial. Estas dimensiones en Ghigliani aparecen enunciadas en relación a aplicar en el hombre “toda la búsqueda de los procedimientos mejores para hacer efectiva su finalidad” (Uruguay Sport, 1919, citado en Lima, 2008, p. 46).

Entendemos que en estos enunciados la idea de cultura física impulsada por Ghigliani era pensada como uno de esos procedimientos tendientes a la “realización

⁸Francisco Ghigliani nació en Argentina, radicándose —tempranamente— con su familia en Uruguay. Fue diputado por el batllismo y formó parte del gobierno de facto de Gabriel Terra en el cargo de ministro del Interior entre 1933 y 1934. Dentro de la órbita de la Comisión Nacional de Educación Física (CNEF) ocupó diferentes espacios de importancia en su proceso de consolidación y en la institucionalidad deportiva en el Uruguay. Uno de esos espacios fue la presidencia de la CNEF (1915-1920). A su vez, Dogliotti (2012) señala que en 1922 se desempeñó como referente por Uruguay en el Comité Olímpico Internacional para los Juegos Latinoamericanos a desarrollarse en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil.

práctica del ideal” eugenésico. La cultura física impartida en las plazas, escuelas, instituciones deportivas, etcétera, propiciaba “el mejoramiento de las generaciones futuras, imisteriosamente en potencia en las generaciones actuales!”. La denominación de “misteriosamente” nos resulta significativa en la medida en que Ghigliani se posicionaba favorable —al igual que gran parte del ámbito académico— a la corriente lamarckiana y no a la mendeliana. Entendemos que sus enunciados visibilizan parte de las preocupaciones e incertidumbres del momento sobre el valor efectivo de las teorías sobre la herencia. Como se puede observar, la mayoría de los médicos y las médicas eugenistas de Uruguay cuando hacían alusión a las leyes de la herencia sostenían que hasta ese momento no estaban del todo claras. Aun así, la recomendación fue la de generar prácticas tendientes a ese ideal en los espacios de jurisdicción de la Comisión Nacional de Educación Física. En algunos casos, como en el de las y los participantes esporádicos a las plazas de deporte, este objetivo entendemos que se cumplió subyacentemente, en otros casos, como los espacios de escolarización obligatoria, el discurso eugenésico se impuso sobre los cuerpos de los estudiantes vía las prácticas de la educación física.

En 1939, por decreto de ley, se creó el Curso para Profesores de Educación Física. La creación del curso puede pensarse como un hito en cuanto a la formación de un personal especializado en educación física en el país, ya que era el único curso dentro de la órbita pública-estatal y se encontraba a cargo de la Comisión Nacional de Educación Física. Dentro de las disposiciones generales que se estipulaban para poder ingresar a la formación de tres años, se confeccionaron un conjunto de pautas vinculadas a aspectos morales, físicos e intelectuales que las y los aspirantes debían superar en caso de querer acceder a la formación. Dentro de los requisitos de ingreso, y en ocasión de este trabajo, nos interesa resaltar aquellos referidos al “certificado de salud y aptitud” que era expedido por la Oficina Médica de la Comisión Nacional de Educación Física, ya que entendemos que dentro del proceso de conformación del campo de la educación física en el Uruguay es uno de los dispositivos más claros donde las lógicas eugenésicas se ponen de manifiesto seleccionando y eliminando a aquellos cuerpos que se asimilaba o no al ideal de raza que estaba impulsando la Comisión Nacional de Educación Física.

Para ingresar, los y las aspirantes debían encontrarse dentro de los márgenes médicos específicos estipulados por la oficina dentro de los cuales se sostenía, por ejemplo, la necesidad de que los cuerpos se ajustaran al “biotipo nacional” (CNEF, 1939 citado en Lodeiro, 1990, p. 15). El dispositivo biotipológico de Nicola Pende, que fue muy utilizado para pensar la vinculación de los individuos con los deportes (Vallejo, 2012), parece hacerse presente en el examen para determinar si las y los aspirantes tenían potencialidades biológicas para ser profesoras y profesores de educación física o no. El examen médico de la Comisión Nacional de Educación Física hace evidente uno de sus principales objetivos: generar “biotipos” de cuerpos que representaran el interés nacional.

La morfología perfecta se asociaba a las medidas establecidas para el “biotipo nacional”. Las herramientas de medición de la biotipología buscaban establecer las medidas de una biología normal y en el mismo proceso distinguir las “anormales”.

Esos parámetros y esas medidas fueron de gran utilidad para las políticas eugenésicas tendientes a la selección social para la reproducción. Los cuerpos que se adecuaban al “biotipo nacional” eran aquellos que el Estado debía promover su reproducción y desarrollo. En este sentido es posible pensar que quienes lograban acceder a la formación de profesores representaban el biotipo de cuerpo nacional y de ahí lo importante de su selección: eran la imagen que se pretendía proyectar.

El examen de ingreso al Curso de Profesores formó parte de un entramado discursivo vinculado a la búsqueda de control y selección de los individuos con el objetivo de propiciar el desarrollo de una raza perfecta. El examen de la Oficina Médica ofició de método científico para validar la exclusión de las y los aspirantes que no se encontraban aptos biológica y mentalmente para ser profesores de educación física. En esta línea, entendemos que el examen de ingreso puede ser pensado como una herramienta de selección de aspirantes que mantiene fuertes continuidades con las lógicas eugenético-biotipológicas y, a su vez, su emergencia entendemos que representa una importante manifestación de la circulación del discurso eugenésico en el país⁹.

Los postulados eugenésicos dentro del Curso para Profesores de Educación Física

Luego de superar las pruebas de ingreso, quienes eran aspirantes a profesoras y profesores de educación física se embarcaban en una carrera de formación de tres años que de ser superada daba como resultado la titulación del profesor o la profesora y su autorización para trabajar en la órbita de la Comisión Nacional de Educación Física. Dentro de la formación existieron diferentes espacios donde los enunciados vinculados a la eugenesia se hicieron presentes. Partimos del supuesto de que esta circulación tuvo una importancia significativa en la medida en que fue parte de la base discursiva en torno a la que se edificó la formación de profesoras y profesores y el desarrollo del campo de la educación física en Uruguay. Se puede pensar que, sobre esta matriz, luego, en el ámbito de injerencia de las políticas de la Comisión Nacional de Educación Física, las profesoras y los profesores pusieron a funcionar prácticas sobre la población, configurando las ramificaciones más pequeñas a partir de las cuales el discurso eugenésico se erigió sobre los cuerpos de la población.

Aun así, en términos generales, podemos mencionar que dentro de estos años estudiados (1939-1948) la eugenesia en tanto “teoría” o “doctrina” no fue abordada en profundidad dentro de la formación. Este hecho también es posible de visualizar dentro del período de 1948-1970 abordado por Dogliotti (2019), donde se sostiene que la eugenesia tampoco tuvo un abordaje en profundidad. En este sentido, coincidimos con la autora:

⁹Para profundizar las implicancias de este dispositivo de ingreso, ver Rodríguez Antúnez (2016).

...en el campo de la educación física, un campo epistémicamente débil y caracterizado por su gran aplicación, y en especial en la formación de los profesores de educación física, como se vio a lo largo del capítulo, las teorías de la eugenesia y la biotipología no se estudiarán y tratarán desde el punto de vista doctrinario, filosófico, sino de un modo instrumental. (Dogliotti, 2019, p. 326)

En relación a las materias brindadas en ocasión de la formación de profesoras y profesores, si bien la eugenesia tuvo su lugar específico y explícito dentro del programa de “higiene”, postulamos que dentro de los tres años de formación el espacio para su abordaje fue menor, fue un contenido más, con una carga horaria escasa dentro de una gran cantidad de asignaturas y unidades curriculares respectivamente. Más allá de esta consideración, se puede identificar que en la formación de tres años aparecen enunciados, en reiteradas ocasiones dentro de los diferentes cursos brindados, algunos de los elementos que conforman el discurso eugenésico. En este sentido, sostenemos que, si bien el lugar explícito dentro de la formación fue marginal, la constelación discursiva de la cual la eugenesia es producto formó parte del suelo epistémico de la formación de profesores de educación física brindándole su especificidad.

En cuanto al lugar marginal que tuvo específicamente dentro de la formación de profesores de educación física y, aun así, a las grandes continuidades discursivas que se establecieron entre ambas disciplinas, resulta significativo lo pronunciado por los referentes de la Comisión Nacional de Educación Física en ocasión del II Congreso Panamericano de Educación Física desarrollado entre el primero y quince de octubre de 1946 en Ciudad de México. Allí, los representantes de la Comisión Nacional de Educación Física daban cuenta de conocer las implicancias específicas de la eugenesia, sosteniendo que esta, por razones de especificidad, debía tener su anclaje en otras instituciones y no dentro de la formación de educación física. Los referentes de la Comisión Nacional de Educación Física entendían que entre ambas disciplinas existía una vinculación “concomitante”. En esta línea, postulaban que el Estado debía hacerse cargo y proyectar algunas de las políticas emblemáticas de la eugenesia como los controles prematrimoniales y la educación sexual, colaborando de esta manera con uno de los objetivos compartidos entre ambas disciplinas como era el “mejoramiento de las cualidades físicas de la raza”:

Entre los objetivos de la educación física, figuran los que tienden a combatir las causas del deterioro de la especie humana. Estas, por la diversidad de su naturaleza, no se hallan totalmente incluidas en su esfera de acción, por lo que algunas, solo la comprenden en función de concomitancia con otras disciplinas: higiene, medicina, eugenesia, etcétera, a las cuales le incumbe más directamente la solución de los problemas que suscitan. Una de ellas, la que dice relación con las enfermedades y anomalías congénitas, transmitidas de padres a hijos es combatida ya, con resultados positivos, en algunos países de América, mediante la institución del certificado prenupcial, la educación

sexual y la divulgación de conocimientos de eugenesia. No hay para que destacar ante quienes conocen el drama de las familias donde existen tarados, los beneficios que se derivan de esa obra de gran contenido humano y social. (CNEF, 1946, s/p.)

Y, en esta línea, el Congreso Panamericano por medio de la delegación uruguaya postulaba:

Que se insinúe a los gobiernos de los países de América, que aún no han instituido el certificado prenupcial, la conveniencia de legislar en tal sentido, para evitar la trasmisión de enfermedades y taras, a las futuras generaciones, e ir mejorando las cualidades físicas de la raza y que se instituyan organizaciones que tengan por cometido específico, el de impartir enseñanzas sobre higiene sexual y eugenesia, sirviéndose para ello, de todos los medios de difusión que se pudieran lograr. (CNEF, 1946, s/p.)

Los enunciados de los referentes de la Comisión Nacional de Educación Física son de una consideración importante en relación a nuestro trabajo en la medida que confirman parte de las solidaridades establecidas entre ambas disciplinas y las formas en que la eugenesia fue concebida por las y los estadistas en la época. Al igual que gran parte de las médicas y los médicos de Uruguay, cuando se hacía mención explícita a la eugenesia se la vinculaba particularmente con algunas de sus políticas emblemáticas, como los controles médicos prematrimoniales. La eugenesia fue visualizada como la disciplina encargada puntualmente del estudio de los factores hereditarios a partir de los cuales se debían trazar políticas tendientes a la selección de quienes se podían reproducir y quienes no debían hacerlo. Articulado a este objetivo se colocaban algunas políticas de clara continuidad con el ideal eugenésico —aunque nombradas por separado— como la medicina preventiva, la higiene, la educación física, la educación sexual. Esta última, como hemos señalado, fue una de las políticas más claras que se desarrollaron en relación a los postulados eugenésicos. En este sentido, podemos observar que, si bien los referentes de la Comisión Nacional de Educación Física mencionaban que tanto la educación sexual como la eugenesia debían formar parte de instituciones específicas, dentro de la formación de los profesores encontraremos una gran cantidad de enunciados (dentro de los que se destacan los relacionados a la eugenesia) vinculados a la producción de la sexualidad donde la educación física fue visualizada como una herramienta clave en torno a este propósito.

Los contenidos vinculados a la eugenesia dictada en el curso de higiene fueron uno de esos elementos que si bien no referían específicamente a la “educación sexual” tuvo efectos sobre ella, produciendo un “ideal” de sexualidad basado en lógicas que postulaban, entre otras cosas, quienes se debían reproducir, las formas y los modos en los que se debía dar el acto sexual, la forma de encauzar las energías corporales para no tener actos sexuales que fueran disgenésicos, la forma de cuidar el cuerpo y producirlo para propiciar una buena estirpe, entre otras cosas.

La asignatura vinculada a la higiene fue parte de la formación durante todo el período indagado, con una carga horaria total de 44 horas en el plan de 1939 y 48 horas en el plan de 1948. La asignatura se componía de tres grandes capítulos: 1) De la salud pública; 2) De la epidemiología; 3) De la medicina social. Los temas tratados en este último ítem referían a:

15. Nociones de herencia y eugenesia. Examen prenupcial. Higiene prenupcial. Cuidado de la embarazada. Higiene infantil. Higiene del recién nacido.
16. Higiene del niño durante la edad preescolar. Higiene escolar. Enseñanza de la cultura sanitaria en el niño y sus padres. Importancia del problema. Higiene mental.
17. Organización sanitaria. Organización Sanitaria en el Uruguay. Centros de Salud. Organización Mundial de la Salud. (Archivo ISEF, 1939, s/p.)

Dentro de las medidas tendientes a prevenir y procurar la salud de la raza también se incorporaron todas aquellas referidas a prevenir que no nazcan individuos que pudieran representar un potencial peligro biológico para la evolución racial. A su vez, se visualiza una de las articulaciones claras que tuvo el discurso eugenésico vinculado a la puericultura. Luego de mencionar las nociones de “herencia y eugenesia” se hace alusión a un conjunto de contenidos que constituyen la base de la puericultura vinculada al buen desarrollo del niño desde antes de concebirlo y hasta el momento de su independencia.

Tal como sucede con los postulados eugenésicos, las temáticas referidas a la puericultura aparecen trabajadas sin hacer una alusión específica a ella. En esta línea, también se visibilizan las solidaridades mencionadas por Adolphe Pinard entre ambas disciplinas (Reggiani, 2014). La eugenesia de Galton era la puericultura antes del nacimiento que proponía Pinard. Luego, los lazos entre ambas disciplinas se establecieron a partir de todas aquellas prácticas vinculadas a que ese niño “bien engendrado” tenga un desarrollo acorde a lo que se esperaba de él. Como se observa, la eugenesia de manera específica aparece vinculada a los procedimientos tendientes a garantizar una buena gestación pero luego, en continuidad con ese ideal, se establecen un conjunto de prácticas (donde ingresará la educación física) tendientes a propiciar que ese niño bien engendrado se desarrolle de acuerdo al ideal eugenésico.

A partir del “plan de estudio” de 1948, ingresó a la formación de profesores de educación física la asignatura denominada “biotipología”. Esta incorporación, desde nuestra perspectiva¹⁰, representa un hito clave para pensar los vínculos entre los postulados de la eugenesia y la educación física en el Uruguay ya que la biotipología se convirtió en una de las principales auxiliares de la tarea eugénica.

La biotipología brindó elementos conceptuales y procedimentales para efectuar de una “mejor manera” la educación de los cuerpos. El profesor o la profesora contaban, a partir de los postulados de la biotipología: por una parte, con una mayor cantidad de conocimientos vinculados a las cualidades corporales de cada individuo,

¹⁰Para profundizar sobre este punto, ver Rodríguez Antúnez (2020).

donde se incluían aspectos morfológicos, temperamentales, morales y psicológicos; y, por otra parte, con la información relativa a las prácticas que debía desarrollar — acorde a esa individualidad— para propiciar su mejor rendimiento biotipológico. Se puede pensar que estos conocimientos aportados a las y los docentes desde la biotipología se encontraban más próximos a un conjunto de mecanismos tendientes a la identificación y prescripción de prácticas sobre los cuerpos de las y los estudiantes que a un conocimiento a ser enseñado.

Los postulados biotipológicos le brindaron al cuerpo docente una mayor cantidad de elementos para establecer y justificar las “mejores” formas de encauzar al cuerpo dentro de su “normalidad biotipológica”. La enseñanza no estaba pensada en tanto conocimiento al que todas y todos podían acceder, sino que la predominancia era de la determinación biotipológica —por parte del cuerpo docente— de las mejores cualidades de los individuos para el tipo de práctica. En este marco vinculado al determinismo biológico, resulta importante destacar que los postulados biotipológicos sirvieron como herramientas para la selección y eliminación de los cuerpos en las diferentes prácticas de educación física a desarrollar, lo cual puede pensarse como uno de los principales ejes a partir de los que se articuló en torno al ideal eugenésico.

Por último, nos interesa destacar que la educación física era visualizada como una disciplina aliada de la biotipología, en la medida en que se entendía que colaboraba con el desarrollo del ambiente propicio para fortalecer a la raza y, a su vez, desarrollando prácticas de fortalecimiento de las cualidades específicas de cada biotipo, propiciaba la eficiencia del “organicismo social”. La biotipología y la educación física articuladas, como se visibiliza en el caso del Curso de Profesores de educación física de la Comisión Nacional de Educación Física, establecieron fuertes lazos de solidaridad con el ideal eugenésico de perfeccionar a la raza por medio del desarrollo físico, moral e intelectual en función de un “*ideal do Eu*” (Rodríguez Giménez, 2016, p. 52).

Consideraciones finales

En Uruguay, el campo de la educación física no fue ajeno al avance de las lógicas biopolíticas desarrolladas tanto a nivel internacional como local, edificándose en torno a los saberes provenientes de las ciencias biomédicas. Gran parte de las ideas manejadas por los referentes del campo durante las dos primeras décadas del siglo XX forman parte de la constelación en la cual se constituyó la eugenesia. Los supuestos biológicos manejados sobre la transmisión de los caracteres adquiridos eran la interpretación dominante dentro del ámbito académico y, también, el campo de la educación física fue permeado por estos discursos.

Sobre la década de 1920, estas ideas se articularon en torno al ideal eugenésico y fueron utilizadas para pensar las prácticas de la educación física. En este sentido, entendemos que los enunciados de gran parte de los referentes del campo de la educación física forman parte del entramado discursivo del cual la eugenesia es

producto, aunque no es posible sostener que los actores del campo de la educación física estuviesen realizando alusiones explícitas a la ciencia iniciada por Francis Galton.

Dentro de las cuatro primeras décadas del siglo XX hemos hallado documentación vinculada a los referentes del campo de la educación física donde se establecieron continuidades explícitas con los postulados eugenésicos. Dentro del documento analizado en este trabajo se mencionaba a la educación física como una disciplina aliada de la tarea eugenésica en la medida que posibilitaba la “realización práctica del ideal” eugenésico vinculado al perfeccionamiento de la raza. Sin duda, se trata de una importante referencia en la medida que nos permite postular que fue una de las formas en las que se pensó la articulación entre ambas disciplinas. En este sentido, concluimos en que la base epistémica de la eugenesia formó parte de la constitución disciplinar del campo de la educación física, aunque dentro del proceso de conformación del campo no se observa que la temática específica de la eugenesia haya tenido un abordaje en profundidad ni haya sido utilizada explícitamente para guiar las prácticas dentro del sistema educativo durante las primeras cuatro décadas del siglo XX.

Este último supuesto también aplica para pensar las articulaciones con el Curso para Profesores de Educación Física, generado a partir de 1939 por la Comisión Nacional de Educación Física. Dentro de la formación observamos que el lugar manifiesto de la eugenesia en tanto “teoría” o “doctrina” fue marginal, aunque dentro de la formación se manejaron ideas, conceptos y técnicas que mantuvieron fuertes continuidades discursivas con los postulados eugenésicos. Como un claro ejemplo de esta articulación nos resultó oportuno mencionar el dispositivo de ingreso generado en 1939 donde se seleccionaba a los aspirantes a partir de un riguroso tamiz centrado en la biología, determinado quiénes poseían las cualidades orgánicas para representar a los cuerpos que impulsaba la Comisión Nacional de Educación Física y quiénes no.

Por otra parte, lo que sí se puede identificar es que los postulados de la biotipología tuvieron una incidencia explícita mayor dentro de la formación de profesores de educación física en el Uruguay, ingresando como una unidad curricular dentro de la formación. A partir de los supuestos biotipológicos, se puede pensar que se proyectaron prácticas de educación física sobre los cuerpos de la población de fuertes continuidades con las lógicas eugenésicas. La biotipología se convirtió en una de las disciplinas aliadas de la educación física para el desarrollo de uno de los grandes objetivos que las articulaba como lo fue el desarrollo y perfeccionamiento racial.

Bibliografía

- Álvarez, R. (1985). *Sir Francis Galton, padre de la eugenesia*. Madrid: Consejo Superior de Investigación Científica (CSIC).
- Archivo del Instituto Superior de Educación Física (ISEF) (1939). *Programa de la asignatura Higiene*. Montevideo: CNEF.
- Badano, U. (1943). Desarrollo de la educación física. *El Día Dominical*, Montevideo, 20 de octubre.

- Barrán, J. P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. Tomo III. La invención del cuerpo*. Montevideo: Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (1999). Biología, medicina y eugenesia en el Uruguay. *Asclepio*, v. 51, n. 2, p. 11-50. doi: 10.3989/asclepio.1999.v51.i2.309.
- Bashford, A.; Levine, P. (2010). Introduction: Eugenics and the modern world. En: Bashford, A.; Levine, P. (comps.). *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*. New York: Oxford University Press. p. 28-62. doi: 10.1093/oxfordhb/9780195373141.013.0001.
- Caso, R.; Fernández, R. (1949). Un año de intensa acción médico-social en materia de protección a la madre y al niño. *Actas del Primer Congreso Uruguayo de Ginecología*. Montevideo. págs. 129-150.
- Comisión Nacional de Educación Física (1946). *II Congreso Panamericano de Educación Física. 1 al 15 de octubre de 1946. Informe de la delegación oficial*. Montevideo: CNEF.
- Duffau, N. (2019). *Historia de la locura en el siglo XIX. Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental en Uruguay (1860-1911)*. Montevideo: CSIC.
- Dogliotti, P. (2012). *Cuerpo y currículum: Discursividades en torno a la formación de docentes de educación física en Uruguay (1874-1948)*. (Tesis de maestría). Maestría en Enseñanza Universitaria, Comisión Sectorial de Enseñanza, Área Social, Universidad de la República, Montevideo.
- Dogliotti, P. (2019). *Educación/enseñanza del cuerpo en la formación del profesor de educación física en el Uruguay (1948-1970)*. (Tesis de doctorado). Programa de Doctorado en Ciencias de la Educación; Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de la Plata, Argentina.
- Foucault, M. (2009). *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Lima, A. (2008). *Elogio a la perfección o miedo a la imperfección. Eugenesia: ¿Origen de la intervención estatal en las actividades físicas? (1875-1925)*. (Tesis de grado). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Uruguay.
- Lodeiro, P. (1990). *Destellos del Curso de profesores de Educación Física (desde los orígenes al '89)*. Montevideo: Magui.
- Luisi, P. (1920). Plan y métodos de enseñanza sexual. *Acción femenina*, v. 6, n. 27, p. 6-30.
- Luisi, P. (1950). *Pedagogía y conducta sexual*. Montevideo: El Siglo Ilustrado.
- Miranda, M. (2011). *Controlar lo incontrolable. Una historia de la sexualidad en Argentina*. Buenos Aires: Biblos.
- Miranda, M.; Vallejo, G. (2018). Eugenesia en la Europa mediterránea y en Latinoamérica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, supl. 1, p. 7-9. doi: 10.1590/S0104-59702018000300001
- Miranda, M., Vallejo, G. (2012). *Una historia de la eugenesia. Argentina y las redes biopolíticas internacionales 1912-1945*. Buenos Aires: Biblos.
- Reggiani, A. (2014). Eugenesia y cultura física. Tres trayectorias históricas: Francia, Gran Bretaña y Argentina. En: Scharagrodsky, P. (comp.). *Miradas médicas sobre la cultura física en Argentina 1880-1970*. Buenos Aires: Prometeo. p. 17-58.
- Rodríguez Antúnez, C. (2016). El examen de ingreso al Curso de profesores de Educación Física en el Uruguay. Una herramienta de selección en clave biotipológica. *Cartografías del Sur*, n. 4, p. 196-223. doi: 10.35428/cds.v0i4.59.
- Rodríguez Antúnez, C. (2019). A cien años del primer plan y métodos de enseñanza sexual en el Uruguay. Sus vinculaciones con el discurso eugenésico. *Anuario de Historia de la Educación*, v. 20, n. 2, p. 75-89.

- Rodríguez Antúnez, C. (2020). Los postulados biotipológicos en el Curso para profesores de Educación Física –CNEF– Uruguay (1948-1956). *History of Education in Latin America - HistELA*, v. 3, e20433, p. 1-13. doi: 10.21680/2596-0113.2020v3n01D21433.
- Rodríguez Giménez R. (2012). *Saber del cuerpo: Una exploración entre normalismo y universidad en ocasión de la educación física (Uruguay, 1876-1939)*. (Tesis de maestría). Programa de Especialización y Maestría en Enseñanza Universitaria, FHCE, UdelaR, Montevideo. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/10525>.
- Rodríguez Giménez, R. (2016). *Saber do corpo: entre o político e a política*. (Tesis de doctorado). Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Florianópolis. Recuperado de: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/168263>.
- Sapriza, G. (2001). La “utopía eugenista”. Raza, sexo y género en las políticas de población en el Uruguay (1920-1945). (Tesis de maestría) (inédita). Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación-UdelaR, Montevideo.
- Scarlato, I. (2015). *Corpo e tempo livre. As plazas vecinales de cultura física em Montevideú (1911-1915)*. (Disertación para obtener el título de maestría). Centro de Educación de la Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Recuperado de: <https://bit.ly/3GQ3YEo>.
- Vallejo, G. (2012). Roma: capital de un imperio bajo el signo de la biología política (1936-1942). *Dynamis*, v. 32, n. 1, p. 115-140. doi: 10.4321/S0211-95362012000100006.



Foto: Lewis Wickes Hine (1874-1940).

Niña y niños vendiendo periódicos. (Fragmento). Mayo 1910.

National Child Labor Committee collection, Library of Congress, Prints and Photographs Division.

Notas para una historia de las instituciones argentinas de formación de docentes en Educación Física durante el siglo XX

Alejo Levoratti¹ y Pablo Scharagrodsky²

Introducción

La formación docente de quienes ejercieron como profesores y profesoras de educación física en la Argentina a fines del siglo XIX presentaba una gran diversidad. Podemos identificar grupos de idóneos, *sportsman* o expertos en alguna actividad física (algún deporte, cierto tipo de gimnasia, arte circense, masajistas, etcétera), extranjeros con alguna acreditación institucional o amplia reputación, médicos interesados en la cultura física, militares vinculados con algunas prácticas específicas (tiro, gimnasia militar, batallones escolares, etcétera), pedagogos o, fundamentalmente, maestros o profesores egresados de las escuelas normales creadas en el país en 1870.

Sin embargo, algo sustancial cambió entre finales del siglo XIX y principios del XX. Por primera vez, el Estado educador argentino —en plena constitución— (Lionetti, 2007; Alliaud, 2007; Pineau, 2014) centró su atención en la formación de “educadores físicos” para el ámbito escolar y civil diferenciándolo del maestro “generalista” (del maestro y profesor normalista).

Este proceso se produjo en un contexto internacional en donde las instituciones de formación docente en la especialidad de Educación Física en varios países europeos (Suecia, Francia, Alemania, España, Suiza, etcétera) o en los EEUU (Vigarello & Holt, 2005; Ljunggren, 2011; Mayoral, 2012; Torres, 2011) ya estaban funcionando y fabricando el nuevo oficio y consolidando formalmente un tipo de intervención específica vinculada no solo con la educación de los cuerpos en las instituciones educativas, sino también en instituciones y espacios de la sociedad civil en el marco del nuevo proyecto higiénico-recreacional moderno, del aumento y diversificación del uso del tiempo de ocio y de la amplia difusión del modelo de vida

¹Doctor en Ciencias Sociales y Humanas. Investigador, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), docente investigador, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina.

²Doctor en Ciencias Sociales y Humanas. Docente investigador, Universidad Nacional de Quilmes y Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina.

activo, saludable y al aire libre iniciado a mediados del siglo XIX y potenciado en varios países de Occidente en las primeras décadas del siglo XX.

La Argentina, como muchos países de América Latina (Chile, Brasil, Uruguay, Colombia, México, etcétera) (González de Álvarez, 2012) se sumaron a este proceso de carácter transnacional vinculado con la constitución de instituciones particulares de educación. Chile y Argentina fueron los primeros países latinoamericanos en materializar dispositivos de formación en Educación Física en los primeros años del siglo XX (Cornejo *et al.*, 2011; Aisenstein, 2007).

Estos espacios educativos, lentamente, inventaron el oficio de “educador físico” a partir de una serie de características específicas que fueron variando a lo largo del tiempo: acreditación formal, transmisión de determinados saberes, habilidades y competencias, definición de un tipo particular de intervención, construcción de un tipo de identidad profesional, reconocimiento social de su experticia, circulación de ciertos rituales, ejercicio legítimo y, en lo posible, monopólico de la actividad, organización de asociaciones vinculadas con la cultura física, etcétera.

Teniendo en cuenta todo ello, a partir de los aportes generales de la historia social y cultural y las contribuciones particulares de la historia social de la educación, el presente trabajo tiene como objetivo central identificar y mapear en forma “panorámica” los diversos centros de formación que se constituyeron en la Argentina durante el largo siglo XX (sus características, lógicas, enfrentamientos y, muy especialmente, sus diferenciales capacidades para ejercer poder, influencia y autoridad), estableciendo ciertos momentos de ruptura y discontinuidad en esta historia de larga duración. Nuestra hipótesis es que durante buena parte del siglo XX y hasta por lo menos la década de 1960 y con fuertes rupturas en los años ochenta y los años noventa, el Instituto Nacional de Educación Física (INEF) creado en la primera década en la capital argentina fue el modelo a seguir por la mayoría de las instituciones constituidas posteriormente. Más allá de las traducciones, resignificaciones y resistencias de parte de los actores locales en las nuevas instituciones de formación que le sucedieron al Instituto Nacional de Educación Física, de los conflictos en el interior de cada institución y de la copresencia conflictiva de otros formatos de educación relacionados con la especialidad, el Instituto Nacional de Educación Física, como formato instituido, se convirtió en lo instituyente y, en muchos sentidos, en un modelo rector a seguir para el resto de las instituciones de formación en Educación Física de la República Argentina. De alguna manera, el Instituto Nacional de Educación Física emergió y se constituyó en un “modelo” a imitar por la mayoría de las instituciones de formación creadas ulteriormente. De esta manera, se definió una matriz instruccional ejemplar y ejemplificadora, así como la única posible y deseable con relación al tipo de formación, dictando planes y programas de estudio específicos, seleccionando ciertos contenidos, prescribiendo determinada bibliografía, estableciendo formas de ingreso, exámenes particulares, rituales típicos y distintivos, tipos de titulaciones, formas de inserción laboral, una particular cultura institucional y modos distintivos de articulación con organismos estatales relacionados con la educación física. Vale decir, el Instituto Nacional de Educación Física se convirtió en la institución que monopolizó, no sin tensiones y disputas, la producción,

transmisión, distribución y organización de la cultura corporal escolar adecuada y deseable y el tipo “ideal” del buen profesor en Educación Física en la República Argentina en buena parte del siglo XX.

En la compleja y heterogénea cartografía de instituciones de formación en el arte de enseñar la educación física identificamos, a grandes rasgos, cuatro grandes momentos o etapas, con tensiones internas y subperiodos en cada una de ellas producto de cambios, traducciones locales, resistencias, micromatices o pequeñas discontinuidades. El primer momento, se extiende desde 1901 hasta 1938, donde se inventó una determinada tradición. El segundo momento, entre la década de 1930 y la de 1960, donde se estabiliza y consolida la matriz instruccional de los Instituto Nacional de Educación Física. El tercer momento, se inició a fines de la década de 1960 y se extendió hasta los inicios de la década de 1980, donde se propagaron las matrices de formación en diferentes provincias del país. Por último, el cuarto momento comenzó a fines de la década de 1980 y se extiende hasta la actualidad, donde —de la mano de los cambios en las políticas educativas— la matriz de los Institutos Nacionales de Educación Física comenzó a perder legitimidad y las propuestas universitarias, multiplicándose los perfiles formativos.

La etapa fundacional en la formación de educadores físicos o acerca de una nueva tradición inventada

El 20 de diciembre de 1901, en presencia del inspector general de Enseñanza Secundaria y Normal Pablo Pizzurno y bajo la dirección de Enrique Romero Brest³, comenzó el primer curso estatal “temporario de Ejercicios Físicos” en la capital argentina. En estos primeros cursos, bajo el normalismo, el panhigienismo y el cientificismo, se forjó lentamente el oficio de educador físico y se construyó la tradición *romerista* fabricada e inventada⁴ en el campo de la educación física.

Estos primeros cursos esbozaron los temas, materias, contenidos, argumentaciones y bibliografía que serían utilizados en décadas posteriores. En ellos se destacó la influencia higienista y fisiologista, muy especialmente francesa, a la hora de definir los saberes y prácticas necesarios para formar a todo buen “educador físico”. El análisis anatómico de los movimientos y los principios de la fisiología del ejercicio

³El doctor Enrique Romero Brest (1873-1958) —acompañado por un heterogéneo grupo de trabajo— se convirtió en una de las figuras centrales de la educación física en la República Argentina en las primeras tres décadas del siglo XX. Dirigió el primer dispositivo civil de formación docente de la especialidad, generó una propuesta de educación corporal para las escuelas y colegios argentinos (Sistema Argentino de Educación Física), creó y administró la primera revista de la especialidad, tuvo directa intervención en la definición de políticas educativas relacionadas a la especialidad y se convirtió en una referencia epistémica ineludible en el campo de la educación y la educación física argentina y latinoamericana.

⁴Según Hobsbawm “se considera que la tradición inventada significa un conjunto de prácticas, por lo general gobernadas por reglas abiertas o tácitamente aceptadas y de naturaleza ritual o simbólica que procuran poner en circulación ciertos valores y normas de comportamiento mediante la repetición, que implica automáticamente la continuidad con el pasado. En realidad, siempre que sea posible intentan establecer la continuidad con un pasado histórico conveniente” (Hobsbawm, 1985, p. 1).

sentaron las bases epistémicas y científicas para la “buena” formación de cualquier docente⁵ en educación física.

Los primeros cursos inventaron la tradición “romerista” retomando en forma ecléctica ciertos sistemas decimonónicos de gimnasia, resignificándolos a partir de necesidades y conflictos locales y fabricando una nueva narrativa sobre la educación corporal: el Sistema Argentino de Educación Física (SAEF). Este Sistema Argentino de Educación Física, vigente en escuelas y colegios hasta 1938, fue producto de una combinación de axiomas, principios y características provenientes de distintos sistemas europeos ya existentes. Fue un sistema ecléctico que cuestionó al sistema francés y alemán —a tono con la época y con la influencia fisiológica francesa— y se nutrió de aspectos medulares de otros sistemas, especialmente del sueco por su “cientificidad”, su capacidad higiénica, respiratoria y descongestionante y, en menor medida, del inglés por el predominio de los ejercicios de sofocación y el desarrollo de la emotividad; coexistiendo cuestiones fisiológicas vinculadas con la gimnasia, pero incorporando a los juegos y —con determinados recaudos— a ciertos *sports* provenientes del sistema inglés (Scharagrodsky, 2015). En este sentido, la definición del sistema como “argentino” fue menos un aspecto novedoso y original y más una estrategia retórica para afirmar su propuesta en la Argentina y darle visibilidad pública —léase escolar— ya que sus fundamentos teóricos y su propuesta práctica fueron centralmente tomados del sistema sueco.

Los primeros cursos se repitieron en los años siguientes hasta que en 1906 se creó el curso normal de educación física. Este nuevo estatus se elevó tres años después alcanzando la categoría de Escuela Normal de Educación Física. Ya en 1912, la Escuela —con mayores recursos materiales y simbólicos— se convirtió en Instituto Nacional Superior de Educación Física (INEF), el único centro de formación civil del país. El Instituto se consolidó durante las décadas de 1920 y 1930, alcanzando al final de ese periodo un número de egresos cercano a los dos mil docentes en educación física.

En este período, la matriz instruccional del Instituto Nacional de Educación Física estuvo atravesada y sujeta por el discurso biomédico articulado con ciertas nociones provenientes del campo pedagógico y psicológico. Poco a poco el profesor de educación física se fue convirtiendo en un aplicador/traductor/instructor de ejercicios físicos y actividades lúdicas teniendo en cuenta algunos criterios como la edad y el sexo de los alumnos y, al mismo tiempo, se consolidó una función central legitimadora de su oficio —a partir del avance de materias como antropometría, biometría o biotipología—: ser el gran medidor corporal (talla, peso, envergadura física, perímetro torácico, cualidades corporales, etcétera). La formación de la figura del profesor/a de Educación Física afianzó la transmisión unificada de ciertos saberes (fundamentalmente los provenientes de la anatomía, la mecánica, la antropometría y la fisiología), determinadas prácticas (Sistema Argentino de Educación Física) y la metodología más conveniente para alcanzar los objetivos corporales establecidos.

Lentamente el Instituto Nacional de Educación Física se convirtió en un actor central en la definición de las políticas vinculadas con la “cultura física”, especialmente

⁵Más del 80% de quienes egresaron en ese período fueron mujeres.

la escolar. En la práctica, en la clase de educación física propiamente dicha, el discurso médico reguló y administró el universo kinético de los alumnos y las alumnas dejando sus huellas y marcas en la propia organización pedagógico-didáctica: permitió —o prohibió— distintos tipos de ejercicios físicos (prescribió ejercicios respiratorios, emotivos, sofocantes, higiénicos, descongestionantes, ortopédicos y proscribió los ejercicios congestivos, deformantes, atléticos, acrobáticos, exhibicionistas, hipertróficos y antirrespiratorios), definió los distintos momentos de la clase, los momentos de reposo físico, la duración total de la clase, la cantidad de clases semanales, el momento ideal de dictado de la clase de educación física, el cálculo de intensidades de los ejercicios físicos para cada momento, los efectos fisiológicos deseados, el orden de ejecución de cada ejercicio (1° Ejercicios preliminares, 2° Ejercicios de suspensión, 3° Ejercicios de equilibrio, 4° Ejercicios del tronco, 5° Reposo relativo, 6° Ejercicios sofocantes, 7° Ejercicios respiratorios), los tiempos de cada ejercicio, el tipo de alimentación y vestimenta, entre otros tópicos (Scharagrodsky, 2014).

Pero la propuesta “romerista”, aun siendo dominante y hegemónica en las primeras tres décadas del siglo XX en el ámbito escolar argentino —apoyada por importantes y respetados funcionarios del Consejo Nacional de Educación, destacados y democráticos pedagogos de Estado, gran parte de la comunidad docente (maestros y maestras) y miembros del Instituto Nacional de Educación Física, representados por Enrique Romero Brest y su grupo de docentes— encontró tensiones y enfrentamientos por parte de ciertos actores sociales durante esa etapa, con picos de tensión en la década de 1910, a mediados de la década de 1920 y a principios de la de 1930: los herederos de la Sociedad Sportiva Argentina, los responsables de la Dirección General de Tiro y Gimnasia, los funcionarios del Ministerio de Guerra, ciertos políticos y pedagogos tradicionales y conservadores y los egresados de la otra institución de formación existente en este periodo: la Escuela de Gimnasia y Esgrima del Ejército surgida en 1897⁶. En estas tensiones lo que se puso en juego fue algo más que un sistema de ejercitación física, determinados tipos de movimientos o ciertos desplazamientos “permitidos”, con su gradación, intensidad, seriación y clasificación correspondiente (Levoratti & Scharagrodsky, 2019). La cuestión fue más bien la definición e imposición de concepciones absolutamente diferentes sobre cómo conceptualizar la pedagogía, la política, los cuerpos o la escuela (Scharagrodsky, 2011; Galak, 2012).

Por un lado, el Sistema Argentino de Educación Física tuvo como fin formar parte de una escuela republicana y democrática en donde la solidaridad y el respeto a los derechos individuales fuesen la prioridad. Vale decir, el discurso “romerista” proclamó la libertad individual y una educación para la vida civil, imbuida en el espíritu de solidaridad de una verdadera democracia. La propuesta “romerista”, con ambivalencias y ciertas contradicciones, alentó un tipo de ciudadanía republicana basada en el respeto a las leyes y a los derechos individuales. En consecuencia, la crítica a la educación física militarizada, también implicó un fuerte rechazo a la

⁶La Escuela de Gimnasia y Esgrima del Ejército fue creada en 1897 y disuelta en 1903, siendo reabierta 22 años después.

disciplina de la obediencia y a la jerarquía como elementos vertebradores de las relaciones escolares y sociales.

Por el otro lado, la gimnasia militar escolar, las prácticas de tiro y los batallones escolares, en momentos de tensión bélica y frente a un clima militarista (Bertoni, 2001), tuvieron como fin contribuir a la formación de una escuela tipo cuartel en donde la obediencia, la subordinación, el trato militar y la glorificación de la fuerza fuesen los pilares de la relación pedagógica.

A pesar de estas tensiones y conflictos entre ambas matrices de formación, la propuesta “romerista” se mantuvo dominante —especialmente, en el escenario escolar— en las primeras tres décadas del siglo XX. Sin embargo, este proceso de constantes disputas por monopolizar la educación de los cuerpos se quebró definitivamente a principios de la década de 1930. La balanza se inclinó definitivamente hacia aquellos maestros de gimnasia y esgrima provenientes del Ejército, de la Dirección General de Tiro y Gimnasia, así como a los grupos de pedagogos, funcionarios escolares y políticos que defendieron esta concepción. En consecuencia, a partir del golpe de Estado de 1930, la corporación militar logró expulsar y jubilar de oficio a Romero Brest de la dirección del Instituto Nacional de Educación Física y apropiarse de las nacientes estructuras estatales de administración y control de los cuerpos, como la primera Dirección General de Educación Física y Cultura o el Consejo Nacional de Educación Física.

La estabilización y consolidación de la matriz instruccional de formación en Educación Física. El Instituto Nacional de Educación Física y los nuevos actores

A fines de la década de 1930, en el marco de gobiernos conservadores, y de políticas sanitarias, religiosas y eugenésicas cada vez más presentes desde el Estado y desde ciertos actores sociales (Miranda, 2012; Biernat & Ramacciotti, 2014), se produjo una avanzada de grupos militarizados, ya que los profesores militares egresados de la Escuela de Gimnasia y Tiro del Ejército tuvieron un papel central en diferentes espacios e instituciones (Dirección General de Educación Física y Cultura del país (1936), Consejo Nacional de Educación Física (1937), Dirección General de Educación Física Nacional (1938), etcétera). En este escenario, el Instituto Nacional de Educación Física en 1938 se reinventó en dos instituciones, aunque mantuvo la autoridad epistémica a la hora de formar docentes en Educación Física.

Concretamente la formación de las mujeres se mantuvo en la antigua institución de fuerte impronta “romerista”, pero el 31 de marzo de 1939, el entonces ministro de Justicia e Instrucción Pública doctor Jorge Coll estableció el funcionamiento del nuevo Instituto Nacional de Educación Física Gral. Manuel Belgrano. Su característica central fue que acogió solo a varones, buena parte de ellos becados y provenientes del interior del país, en formato de internado; construyendo lentamente en los estudiantes —a partir de una rutina diaria de estudio y práctica— un conjunto de hábitos, no siempre totalmente aceptados, pero sí definitorios sobre cómo entender

al futuro profesor de Educación Física: orden, prolijidad, pulcritud, presencia física, estética viril, obediencia, uniformidad, respeto, uso productivo del tiempo, compañerismo, responsabilidad, colaboración, confianza mutua, sentido de pertenencia a la gran familia del internado, orgullo de pertenecer al Instituto Nacional de Educación Física, sentido de vocación, fueron algunos de los valores explícitamente señalados por las autoridades, docentes y estudiantes. En muchos sentidos, “se priorizó “el *ser* sobre el *saber* y la formación práctica sobre la teórica” (Feiguin, 2020, p.114).

En este período se consolidó el concepto de selección físico-moral de los aptos y de exclusión de los inaptos en la propia experiencia de formación de los estudiantes, con pruebas físicas de rendimiento, mediciones antropométricas y aplicación de diversas fichas de revisiones médicas. El discurso médico siguió muy presente a la hora de justificar las intervenciones de un buen docente de la especialidad. Sin embargo, los enfoques pedagógicos y disciplinares incorporaron algunas nociones y categorías diferentes al período anterior ya que lentamente surgieron ciertas ideas vinculadas al escolanovismo (difusión del sentido de colaboración y cooperación, estímulo de la vida al aire libre, transmisión de algunos sentidos vinculados con el autogobierno en el internado, cierta retórica sobre la enseñanza basada en el interés de los estudiantes, etcétera) y tuvieron mayor preponderancia otros contenidos como nuevas gimnasias más “expresivas” (la neosueca, la danesa, la rítmica, con aparatos, etcétera) y una mayor presencia de los deportes en la enseñanza. El registro psicológico (psicología infantil, psicología adolescente, psicología de niños excepcionales, etcétera) comenzó a ganar terreno en la formación docente, aunque siempre articulándose y dependiendo de los saberes biomédicos y, en menor medida, pedagógicos. La irrupción del bautismo, la entrega de la I y de las intertribus como rituales institucionales de formación vinculados con la transformación e identificación de los estudiantes con la institución, fabricaron una dinámica particular sobre la experiencia educativa fomentado y naturalizando, en muchos casos, prácticas violentas, discriminatorias y estigmatizantes.

Lentamente a partir de 1939, los egresados del nuevo Instituto Nacional de Educación Física Gral. Manuel Belgrano hegemonizaron buena parte de los puestos de dirección de organismos estatales, colegios nacionales, escuelas primarias y clubes particulares en distintas jurisdicciones del país. Fue clave que muchos de los egresados proviniesen de distintas provincias a las cuales regresaban luego de concluir sus estudios. El largo brazo del Instituto Nacional de Educación Física comenzó a tener influencia más allá de la capital argentina formando líderes provinciales y nacionales en el campo de la educación física. También monopolizaron las primeras jornadas y congresos sobre educación física los cuales fueron organizados en ese período por egresados y egresadas de ambos Institutos Nacionales de Educación Física⁷. La separación por sexos de estas dos instituciones se mantuvo hasta 1967, año en que se “integraron” ambos sexos y se unificó el Instituto Nacional de Educación Física.

⁷En este período, la Asociación de Profesores de Educación Física (APEF) organizó varios congresos y jornadas, en 1942, 1944, 1947, 1950, 1956, etcétera. Entre los eventos más destacados se puede mencionar la Primera Reunión Sudamericana de Asociaciones de Profesores de Educación Física, realizada en 1950.

En términos generales, en este período, la formación del Instituto Nacional de Educación Física Gral. Manuel Belgrano estuvo atravesado por “aportes del movimiento escolanovista”, articulados con la influencia religiosa (presencia de vínculos con la Iglesia) y moral de la Asociación Cristiana de Jóvenes y por una persistencia recontextualizada de la “...matriz militar (competencias de tiro en el Instituto Nacional de Educación Física, vacantes para profesores egresados del Instituto Nacional de Educación Física en el Cuerpo de Gimnasia y Esgrima del Ejército, cierta lógica pedagógico-didáctica castrense en el interior del Instituto Nacional de Educación Física, etcétera)” (Feiguin, 2020, p.115).

Ambos Institutos Nacionales de Educación Física (la sección varones y la sección mujeres) en las décadas de 1940 y 1950 mantuvieron la hegemonía a la hora de producir docentes en Educación Física definiendo un ideal de formación a partir de planes y programas de estudio específicos, seleccionando ciertos contenidos, prescribiendo determinada bibliografía, estableciendo formas de ingreso y exámenes más exigentes, estableciendo rituales, fomentando tipos de titulaciones, generando nuevas formas de inserción laboral y fabricando una particular cultura institucional. Más allá de algunas tensiones internas (Beer, 2014), la gran familia homosocial del San Fernando, y en menor medida el Instituto Nacional de Educación Física de mujeres, se convirtieron en el universo de referencia a la hora de formar profesores en educación física en los años cuarenta y los años cincuenta.

Ciertamente, en la primera mitad del siglo XX solo cinco instituciones gobernaron la formación del oficio de “educador físico” en la Argentina. Una militar que funcionó en forma intermitente, aunque mantuvo importantes cuotas de poder en ciertos momentos y espacios (1897-1902 y reabierto en 1925-1934) y cuatro instituciones civiles. De estas últimas, los dos Institutos Nacionales de Educación Física ya mencionados (uno creado en 1901 y otro en 1938 solo para varones) fueron los verdaderos productores de discursos sobre el significado del buen docente en educación física. A mediados de la década de 1940, otras dos instituciones con menor capacidad de influencia sobre el campo de la cultura física y las políticas deportivas fueron creadas en la Argentina: el Instituto Provincial de Educación Física (IPEF) de Córdoba, el cual se fundó en 1946 (García, 2006, p. 281) y la Escuela de Educación Física de Rosario, que abrió sus puertas en 1944. En ambos casos, hubo presencia de docentes egresados de los Institutos Nacionales de Educación Física de la capital argentina (Cena *et al.*, 2012), los cuales instalaron y reforzaron lógicas, saberes, dinámicas y rituales producidos en la institución modelo.

Cabe destacar que, en la década de 1950, las lógicas macropolíticas tuvieron algunos efectos en el Instituto Nacional de Educación Física San Fernando. Esta institución que hegemonizó la formación de profesores en la especialidad, incorporó algunos cambios vinculados al primer peronismo y su fuerte relación con las políticas deportivas, especialmente hacia actores sociales hasta esos momentos excluidos de ciertas experiencias corporales (Orbuch, 2016), y, al mismo tiempo, padeció la intervención política a la institución, producida luego del derrocamiento de Perón en 1955.

Por último, en la década de 1950, en el campo de la formación de docentes en Educación Física se sumaron dos instituciones universitarias. La Universidad Nacional de Tucumán, con antecedentes previos (González de Álvarez, 2006) y la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Esta última, a partir del Profesorado Universitario de Educación Física (PUEF), consolidó muy lentamente una matriz de formación diferente a los Institutos Nacionales de Educación Física en lo que respecta a planes y programas de estudio y cultura institucional (más ligada al funcionamiento de una universidad y no de un internado o institución terciaria), transmitiendo contenidos y bibliografía vinculados con una posición menos instrumental de la enseñanza que los Institutos Nacionales de Educación Física y más pedagógico-humanista (Villa, 2007; 2011). Muy lentamente, en la segunda parte del siglo XX, el Profesorado Universitario de Educación Física se convirtió para los Institutos Nacionales de Educación Física en la *otredad* a combatir a la hora de pensar en un ideal de *buen profesor* en Educación Física. La forma de denigrar y cuestionar la formación universitaria fue a partir de la frase: *“los egresados del Profesorado Universitario de Educación Física son muy teóricos y no saben nada de la práctica concreta, de la clase”*. Pero la *otredad* fue especular, ya que para varios referentes del Profesorado Universitario de Educación Física en el Instituto Nacional de Educación Física *“solo enseñaban cuestiones prácticas, puramente técnicas y sin sustento teórico”*. Aun así, en esta disputa —en parte *real* y en parte imaginaria— durante este período, el Instituto Nacional de Educación Física mantuvo la hegemonía discursiva y práctica y su capacidad de influencia en las políticas educativas y deportivas nacionales y provinciales.

La multiplicación de las matrices de formación en la Educación Física: el Instituto Nacional de Educación Física como modelo instituyente se propaga a nivel nacional

A partir de la década de 1960 y, muy especialmente en la de 1970 y principios de los años ochenta los Institutos Nacionales de Educación Física se multiplicaron y se expandieron en varias regiones del país (Levoratti, 2015). No solo los docentes formados en el Instituto Nacional de Educación Física llegaron a ciudades y pueblos del interior del país, sino que en este período se crearon, por primera vez, nuevas instituciones de formación en educación física en varias provincias argentinas siguiendo el modelo del Instituto Nacional de Educación Física capitalino.

Por ejemplo, en 1960 comenzó a funcionar el Instituto Nacional de Educación Física de Santa Fe (Galantini, 2000). En 1962 se creó el Instituto Nacional de Educación Física en la provincia de Mendoza. A fines de la década de 1960, y a partir de cambios en la legislación y en las políticas educativas nuevos profesados de educación física se constituyeron: en 1968 en la provincia de Río Negro, en 1970 en la provincia de Corrientes, en 1971 en la provincia de Buenos Aires y Santiago del Estero, en 1979 en la provincia de Jujuy con importantes antecedentes previos (Toconás, 2006) y en 1980 en la provincia de Formosa. Todas estas instituciones tuvieron un carácter estatal, terciario, público y fueron de acceso gratuito. En 1974

se creó la tercera propuesta universitaria de formación en educación física en el país en la Universidad Nacional de Río Cuarto, Córdoba. Ese mismo año, comenzaron a instalarse propuestas terciarias de formación de la especialidad de forma privada. También en esa década se creó el primer Profesorado de Educación Física de la provincia de Buenos Aires (1971) apoyado por el Estado y por empresas privadas (Fundación Fortabat), y otros institutos en ciudades bonaerenses como, por ejemplo, Bahía Blanca, Lomas de Zamora, Mar del Plata, General Las Heras y Pehuajó en 1979. “Entrando en la década de 1980, se realizó la última ola de aperturas de Institutos Nacionales de Educación Física, en 1982 se abrieron en las provincias de Catamarca, San Juan, Entre Ríos y en 1983 en Chubut” (Levoratti, 2015). Este proceso fue acompañado en los primeros años de la década de 1980 por la creación de una gran cantidad de Centros de Educación Física (CEF)⁸ con una fuerte inserción y presencia de egresados y egresadas de los Institutos Nacionales de Educación Física.

Cabe mencionar que durante la dictadura cívico-militar (1976-1983) las diversas instituciones de formación de la especialidad y, en particular el Instituto Nacional de Educación Física de Capital Federal —ya unificado (varones y mujeres)— resignificó “junto a sus tradiciones institucionales, relaciones y prácticas pedagógicas preexistentes, convergiendo en un conjunto híbrido que desplegó una perspectiva técnica y operativa. En ella se fue profundizando la deportivización del Instituto y de la Educación Física, en un entorno profundamente disciplinario y de control corporal” (Beer, 2014, p. 367). En esos años, muchas voces disidentes de las instituciones de formación de la especialidad sufrieron el terrorismo de Estado, la violencia política, la censura, la persecución ideológica y tuvieron docentes y estudiantes desaparecidos.

En cualquier caso, un dato es muy significativo: la amplia mayoría de las instituciones de formación creadas a lo largo de este período tuvieron una importante cantidad de docentes provenientes de los Institutos Nacionales de Educación Física de la capital argentina. De igual manera, la emergente producción, traducción y circulación de libros, bibliografía y material específico para la especialidad, fundamentalmente a través de las editoriales Stadium, Paidós y, en menor medida, Kapelusz, fue monopolizada centralmente por egresados del Instituto Nacional de Educación Física. Asimismo, las noveles instituciones se nutrieron —con ciertos reparos, matices y traducciones locales— de la matriz instruccional y de los rituales, normas, simbologías, lógicas, estéticas, vestimentas y sentidos de la institución *modelo*.

Sin embargo, hubo varios cambios de la matriz instruccional con relación al período anterior. Entre la década de 1960 y 1970, lentamente, de las razones fisiológicas de los ejercicios físicos, el organismo como ser susceptible de perfección y modificación física, las condiciones fisiológicas de la clase, la gradación muscular en los ejercicios, los criterios médicos para realizar correctamente un ejercicio, la medición de la salud, la medición de la fuerza y de otras aptitudes especiales; se empieza a mencionar el respeto por la maduración infantil, el necesario conocimiento de la evolución psicológica de la infancia, el desarrollo de diferentes niveles

⁸Entre 1980 y 1983 se crearon Centros de Educación Física en Santa Fe, Entre Ríos, Corrientes, Tucumán, Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Chubut, Santa Cruz, etcétera.

de aprendizaje anclados en la psicología evolutiva, la motivación en la infancia, las diferencias individuales o la psicogénesis infantil como condición para adaptar los juegos y las prácticas deportivas. Un proceso que se inició muy tenuemente en las décadas de 1920 y 1930 pero se consolidó en los años sesenta. Es decir, esto último se visibilizó claramente en las décadas de 1960 y 1970, cuando se pasa a citar recurrentemente a Gesell, Piaget, Erikson o Wallon. El desplazamiento fue bastante sutil ya que los “representantes psicológicos” siguieron atados a registros provenientes de la biomedicina (Scharagrodsky, 2004).

Por otra parte, el registro pedagógico, especialmente en las décadas de 1960-1970, fue hegemonizado por la obra de Annemarie Seybold, fiel representante de la escuela de Colonia, Alemania⁹, la cual apareció profusamente citada en los planes de formación para profesores, maestras y maestros en educación física, así como en la bibliografía de muchos de los planes escolares, y en la mayoría de los manuales y textos escolares de educación física.

La matriz instruccional de los Institutos Nacionales de Educación Física, pero también de instituciones de formación universitaria, apelaron a nuevos principios provenientes del campo de la pedagogía crítica o renovada. Los libros *Principios pedagógicos en la Educación Física* y *Principios didácticos de la Educación Física*, escritos por Annemarie Seybold, se convirtieron en material de referencia en el período 1960-1970. Múltiples principios como el de adecuación a la infancia, el de individuación, el de solidaridad, el de totalidad, el de intuición y objetivación, el de experiencia práctica o realismo, el axiológico, el de espontaneidad y el de adecuación estructural, delimitaron —junto con el saber proveniente de la psicología educacional— qué podía y debía hacer un alumno y una alumna en las clases de educación física. Estos principios comenzaron a erosionar varias de las tradiciones sobre cómo debía enseñar, ser y parecer un buen profesor y una buena profesora de educación física.

En menor medida, Liselott Diem¹⁰ se convirtió en una referente no tanto de la pedagogía como sí de la didáctica de la educación física (Scharagrodsky, 2004), realizando en el período más de diez viajes al país, donde dictó conferencias y cursos principalmente de Educación Física Infantil y participó en las instancias de debate y concreción curricular del plan de estudio de los Institutos Nacionales de Educación Física implementados desde 1980 y en el de la licenciatura de la Universidad Nacional de La Plata del año 1982. La década de 1960 “fue pródiga en intentos de aplicación directa de los conocimientos psicológicos a la práctica educativa. La psicología fue utilizada para definir objetivos educativos, para diagnosticar niveles de sujetos, para secuenciar contenidos, para estipular una metodología” (Terigi, 2000, p. 45) y también para habilitar las competencias necesarias para fabricar un buen docente en educación física.

⁹A principios de la década de 1960, más de 120 docentes de educación física participaron de cursos de perfeccionamiento en el exterior, y fue Alemania uno de los países con mayor circulación de egresados de los Institutos Nacionales de Educación Física.

¹⁰En 1961, Carl y Liselott Diem, destacados docentes alemanes, dictaron numerosos cursos y conferencias sobre distintos tópicos referidos a la educación física.

Con la restauración de la democracia, las matrices de formación comenzaron un lento proceso de revisión de sus planes, programas, contenidos y bibliografía. En 1983, se creó el Instituto Nacional de Tiempo Libre y Recreación y en 1986 se produjo un intenso proceso de debate sobre los planes de estudio destinados a la formación de docentes de educación física de los Institutos Nacionales de Educación Física. En esta instancia se aprobó un nuevo currículo por Resolución 169, de 1989, donde se hacía foco en el carácter pedagógico de la educación física y su accionar sobre la motricidad humana. Aunque no fue implementado de modo compulsivo en todos los Institutos Nacionales de Educación Física, su aplicación se concretó en los institutos situados en Mendoza, San Juan y Comodoro Rivadavia (Chubut).

Realizando un balance del período podemos identificar a inicios de 1980 un total de 33 instituciones donde se dictaba el profesorado de Educación Física, de las cuales tres pertenecían al sistema universitario y 30 a la educación superior no universitaria. Asimismo, el 62% de las instituciones eran de carácter público y el restante 38% privadas.

El crecimiento exponencial de los Centros de Formación en Educación Física: nuevas voces, sentidos y competencias

Con la restauración democrática, nuevas perspectivas y políticas educativas emergieron y la formación en educación física no estuvo exenta de todo ello. Desde mediados de la década de 1980 —momento en que se crearon los Institutos de Avellaneda en la provincia de Buenos Aires y el del Parque Chacabuco en la Capital Federal— con mayor lentitud y aceptación que otras disciplinas educativas, comenzaron a surgir algunos cambios en las instituciones de formación en educación física. Hubo modificaciones en las matrices de formación, en los planes y programas de estudio, en ciertos contenidos y una renovación de la bibliografía, cuestionando ciertas tradiciones fuertemente arraigadas en la formación de la especialidad, como el ingreso restrictivo, los exámenes físicos y de rendimiento, los rituales típicos y distintivos (bautismo, intertribus, etcétera), la separación por sexos en la enseñanza de ciertos deportes, la formación fuertemente biologicista, el deportivismo a ultranza, la descontextualización del oficio, etcétera. También, en algunas pocas instituciones de formación, hubo sumarios a quienes colaboraron con la dictadura cívico-militar.

En términos cuantitativos, “sí hacemos un recuento en el año 1987 se identifican 54 establecimientos educativos en los cuales se desenvolvía la carrera. El 86,4% de ellos eran, en términos de hoy en día, instituciones de educación superior no universitarias y el restante 13,6% de carácter universitario. Asimismo, el 60,5% de las propuestas eran de gestión pública y el 39,5% privada” (Levoratti, 2015).

En la década de 1990, se multiplicaron año a año las propuestas educativas radicadas en instituciones terciarias privadas no universitarias, muchas de ellas interesadas en el lucro y con una débil base epistemológica vinculada a la enseñanza. Este tipo de oferta formativa comenzó a incrementarse en los primeros años posteriores a la recuperación de la democracia, teniendo un primer pico de incremento en los

inicios de la década de 1990 y un segundo pico hacia fines de la misma década y los primeros años del nuevo siglo. Asimismo, durante esos años noventa solamente se abrió el profesorado de educación física en dos instituciones de carácter público. Hubo que esperar hasta el año 2002 y con mayor intensidad el 2008 para identificar un incremento sostenido de ofertas formativas de dicho carácter.

Al cuantificar la cantidad de instituciones donde se dicta el profesorado de educación física en el año 2020 advertimos que estas últimas dos décadas modificaron sustancialmente el cuadro de situación. Respecto a la oferta educativa —que se desarrollaba preponderantemente en instituciones estatales, tanto de carácter nacional como provincial— nos encontramos en 2020 que el 57% se dicta en establecimientos privados. Asimismo, en la Tabla 1, se puede observar la preponderancia de las ofertas radicadas en dependencias que pertenecen al sistema de educación terciario no universitario, que concentran el 88%.

Tabla 1. Cantidad de instituciones de acuerdo a su inscripción dentro del Sistema de Educación Superior, 2020.

Tipo de institución	Modalidad de gestión	Porcentaje	Cantidad
Universidad	Pública	5,7%	11
	Privada	5,9%	11
Institución no universitaria	Pública	37,3%	72
	Privada	51,3%	99

Fuente: Elaboración propia a partir del relevamiento de datos realizado en el año 2020 en instituciones que dictaban el profesorado de educación física en la República Argentina.

En los últimos 20 años, las instituciones de formación han crecido de modo exponencial. Se sumaron nuevas instituciones a la formación de profesores de la especialidad pero con un régimen universitario, entre ellas podemos mencionar las universidades nacionales de La Matanza, Luján, Comahue, Hurlingham, José C. Paz, La Rioja, además, la Universidad Provincial de Córdoba, la Universidad Autónoma de Entre Ríos, y en las universidades privadas: la Universidad Católica de La Plata, Instituto Universitario de la Asociación Cristiana de Jóvenes (YMCA, por su sigla en inglés), Instituto Universitario River Plate, Universidad Metropolitana para la Educación y el Trabajo, Universidad de Flores, Universidad Abierta Interamericana, Universidad Adventista del Plata, Universidad de Concepción del Uruguay, Universidad Juan Agustín Maza, Universidad Gastón Dachary y la Universidad Católica de Salta. También, debemos tener en consideración la realización de ciclos de complementación curricular para la obtención de títulos de licenciado en 19 universidades públicas y en 15 privadas.

A partir de la reforma educativa del año 1993¹¹ los institutos nacionales fueron transferidos a las administraciones provinciales o a universidades. Este cambio de dependencia implicó que cada jurisdicción tuviera que confeccionar sus diseños curriculares. Sumado a ello, desde principios de la década de 1990 en la Argentina se formaron espacios de discusión sobre la identidad disciplinar y se impulsaron trayectos formativos complementarios de licenciatura, instancias que promovieron el acercamiento hacia algunos debates provenientes de las ciencias sociales y de la educación. Todo ello potenció una mirada más crítica y contextualizada sobre la matriz formativa de los Institutos Nacionales de Educación Física. Al mismo tiempo, estos enfoques posibilitaron legitimar a algunos actores y, por transferencia, a la disciplina en las instituciones universitarias y en las instancias de definición curricular.

A partir de la década de 1990, el Profesorado Universitario de Educación Física desplazó a los Institutos Nacionales de Educación Física muy lentamente en el monopolio de la producción, distribución y transmisión de saberes sobre la educación física. El nuevo modelo de relación entre el Estado y la universidad en los años noventa, caracterizado como un “Estado evaluador” interesado en la producción académica, así como la proactividad de los agentes de la especialidad (Felipe, 2019), afianzaron el prestigio del Profesorado Universitario de Educación Física dentro y fuera de la universidad. Sus egresados y egresadas comenzaron a disputar espacios en instituciones educativas, en direcciones provinciales y nacionales de educación física y de deportes y a producir literatura específica con alta circulación e impacto —nacional y regional— y con una lógica académica¹². La matriz de formación se nutrió de literatura actualizada proveniente de las ciencias sociales y humanas con una visión histórica, contextual y relacional de la educación física y del futuro docente de la especialidad (Levoratti, 2018; Ron, 2019).

Si hasta las décadas de 1960 o 1970 la potestad sobre la formación docente en educación física fue monopolizada por la matriz de los Institutos Nacionales de Educación Física, lentamente a partir de la década de 1980 y, muy especialmente, a partir de la de 1990, la situación cambió, ya que se modificaron las relaciones de fuerza entre las diversas instituciones, la visibilidad y su poder de influencia. Sin duda, las instituciones universitarias que surgieron en los últimos veinte años modificaron las posiciones en el campo sobre quiénes tenían el derecho a hablar y con qué autoridad en la educación física y en la formación docente de la especialidad.

¹¹En la reforma educativa de la década de 1990, hubo participación de docentes del Profesorado Universitario de Educación Física.

¹²Eso fue posible, en parte, gracias al Programa Nacional de Incentivos a la Investigación iniciado en todas las universidades en los años noventa, a las becas e intercambios universitarios, a las lógicas universitarias vinculadas con las publicaciones, al ingreso al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y a la Comisión de Investigaciones Científicas (CIC) de parte de algunos docentes del Profesorado Universitario de Educación Física, a la categorización de docentes del Profesorado Universitario de Educación Física, a la edición de revistas académicas, y a la organización de jornadas y congresos de la especialidad, entre las que se destacó el Primer Congreso de Educación Física y Ciencias iniciado en 1993, el cual aún continúa.

Conclusiones

Los procesos de institucionalización de formación del oficio de educación física son producto de una compleja, variada y rica historia. A lo largo del siglo XX hemos identificado cuatro etapas distintas.

Un primer período fue el momento en que se inventó una determinada tradición (la romerista) sobre el oficio de enseñante en la educación física en las primeras tres décadas y media del siglo XX, que abarcó el periodo comprendido entre 1901 y 1938. Un segundo período fue producto de la estabilización y consolidación de la matriz instruccional, con cambios y continuidades en la formación en educación física. El Instituto Nacional de Educación Física (sección varones y mujeres) se afianzó como dispositivo de formación monopólico, con impacto nacional entre fines de la década de 1930 hasta principios de la década de 1960. En este período se produjo la emergencia de unas pocas instituciones de formación en la especialidad. Un tercer período, desde la década de 1960 hasta principios de los años ochenta, el cual se generó a partir de la propagación de las matrices de formación en la educación física en varias ciudades y provincias argentinas siguiendo, con matices, el modelo del Instituto Nacional de Educación Física de los períodos anteriores, aunque incorporando nuevas perspectivas pedagógicas, didácticas, psicológicas y disciplinares. Recién en este período se inició la federalización de la formación, aunque con una fuerte injerencia del Estado nacional, que estuvo presente de modo directo ya que fueron sus propuestas curriculares las que se implementaron en los institutos nacionales y en los establecimientos de educación privada, y de forma indirecta por ser considerado por los docentes como el modelo legítimo a ser replicado/traducido en las instituciones provinciales. Este periodo consolidó una serie de rituales, prácticas, lógicas y sentidos, aunque al mismo tiempo fueron resignificados regionalmente por sus actores y por las tensiones locales y provinciales.

Por último, el cuarto periodo aconteció a partir de mediados de los años ochenta y, muy especialmente, en la década de 1990, en el marco de importantes cambios en las políticas educativas, con nuevos marcos epistémicos y regulatorios. Estos generaron nuevos sentidos en la matriz instruccional de algunos centros de formación y un aumento exponencial de estos en términos generales, pasando de ser aproximadamente 30, a principios de la década de 1980, a 193 en la actualidad, la mayoría pertenecientes al sistema de educación superior no universitario. En este período, la matriz de formación de los Institutos Nacionales de Educación Física comenzó a ser desplazada en términos de poder, reconocimiento académico, prestigio y autoridad por otras instituciones de formación, especialmente las universitarias, destacándose el Profesorado Universitario de Educación Física de la UNLP por su protagonismo como centro productor y difusor de saberes específicos, con una sustantiva producción académica y con una cada vez mayor influencia de sus egresadas, egresados y docentes en espacios de formación y en la definición de ciertas políticas vinculados al campo. Asimismo, en este periodo se visibilizó como nunca antes la creación de muchas instituciones privadas, varias de ellas solo con fines de lucro, pasando a representar el 57% de las propuestas de formación y una intensa competencia entre

las distintas instituciones de formación terciaria y universitaria que se constituyeron en los últimos 20 años.

Como pudimos ver a lo largo de este recorrido por más de 100 años sobre la formación de docentes de educación física en la Argentina, ella se encontró en permanente debate, identificando por más de 80 años un modelo institucional que se erigió como el instituyente. Ahora bien, en las últimas tres décadas, la formación de grado inicial fue objeto de cambios tanto en términos cuantitativos, por el incremento exponencial de la cantidad de instituciones, como cualitativos, de acuerdo a la inserción de las ofertas educativas dentro del sistema de educación superior, los modelos institucionales en puja y las perspectivas conceptuales disciplinares promovidas.

Bibliografía

- Aisenstein, A. (2007). La matriz disciplinar de la educación física. Su relación con la escuela y la cultura en el contexto nacional (Argentina 1880-1960). En: Soares, C. (org.). *Pesquisas sobre o corpo. Ciências Humanas e Educação*. São Paulo: Autores Associados. p. 23-47.
- Alliaud, A (2007). *Los maestros y su historia: Los orígenes del magisterio argentino*. Buenos Aires: Granica.
- Beer, D. (2014). *La configuración de las tradiciones del Instituto Nacional de Educación Física de Buenos Aires y su resignificación en el contexto de la última dictadura militar*. (Tesis de doctorado). Buenos Aires: FLACSO. Recuperado de: <https://bit.ly/3p2tsbg>.
- Bertoni, L. (2001). Soldados, gimnastas y escolares: Defender la nación. En: *Patriotas, cosmopolitas y nacionalistas. La construcción de la nacionalidad argentina a fines del siglo XIX*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. p. 213-254.
- Biernat, C.; Ramacciotti, K. (orgs.). (2014). *Historia de la salud y la enfermedad*. Buenos Aires: Biblos.
- Cena, M.; García, A.; Tullisse, L. (2012). *De nombres propios, lugares e identidades. Tres miradas sobre la historia del Instituto Provincial de Educación Física, IPEF. 1946-2012*. Córdoba: Corintios.
- Cornejo, M.; Matus, C.; Vargas, C. (2011). La EF en Chile: Una aproximación histórica. *Revista Digital Efdeportes*, v. 16, n. 161.
- Erdociaín, L. (2019). *Procesos de institucionalización y organización de la Educación Física en la estructura del Estado nacional argentino (1938-1999)*. (Tesis de doctorado). Buenos Aires: UNTREF-UNLA-UNSAM.
- Feiguin, A. (2020). *El INEF General Belgrano de San Fernando y la consolidación de una cultura escolar para la formación docente (1938-1954/55)*. (Tesis de maestría). Buenos Aires: Universidad Nacional de Luján.
- Felipe, C. (2019). *Políticas académicas y estrategias de legitimación disciplinar de la Educación Física en la Universidad Nacional de La Plata (1992-2004)*. (Tesis de maestría). Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata.
- Galak, E. (2012). *Del dicho al hecho (y viceversa): El largo trecho de la construcción del campo de la formación profesional de la Educación Física en Argentina*. (Tesis de doctorado). Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata.
- Galantini, G. (2000). Conciencia, tiempo y conocimiento en la institucionalización del INEF/ ISEF 'César Vázquez' de Santa Fe. *Revista Digital Efdeportes*, v. 5, n. 24.

- García, A. (2006). Creación del IPEF de Córdoba. Antecedentes, apertura y primeros años de funcionamiento. En: Rozengardt, R. (ed.). *Apuntes de Historia para profesores de Educación Física*. Buenos Aires: Miño y Dávila. p. 281-316.
- González de Álvarez, M. (2006). Departamento de Educación Física de la Universidad Nacional de Tucumán. Un proyecto innovador del año '47. En: Rozengardt, R. (ed.). *Apuntes de Historia para profesores de Educación Física*. Buenos Aires: Miño y Dávila. p. 317-336.
- González de Álvarez, M. (Comp.) (2012). *La educación física en Latinoamérica. Orígenes y trayectorias de la formación docente*. Tucumán: EDUNT.
- Hobsbawm, E. (1985). Introduction: Inventing traditions. En: Hobsbawm, E. y Ranger, T. (eds.). *The Invention of Tradition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Levoratti, A. (2015). La creación de los profesorado de educación física en Argentina. 1912-2014. En: *11° Congreso Argentino de Educación Física y Ciencias*, 28 de septiembre al 10 octubre de 2015, UNLP, Ensenada, Argentina. Memoria Académica. Recuperado de: http://www.memoria.fah- ce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.7372/ev.7372.pdf.
- Levoratti, A. (2018). Los debates de la educación física y los enfoques de las ciencias sociales. Un análisis de los lineamientos curriculares nacionales destinados a la formación docente en Argentina. (1993-2015). *The Journal of the Latin American Socio-cultural Studies of Sport*, v. 9, n. 1, p. 45-63.
- Levoratti, A.; Scharagrodsky, P. (2019). La formación de los educadores físicos civiles y militares en los primeros años del siglo XX en Argentina. *Revista Educación Física y Deporte*, v. 37, n. 1. doi: 10.17533/udea.efyd.v37n1a03.
- Lionetti, L. (2007). *La misión política de la escuela pública. Formar a los ciudadanos de la república (1870-1916)*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Ljunggren, J. (2011). ¿Por qué la gimnasia de Ling? El desarrollo de la gimnasia sueca durante el siglo XIX. En: Scharagrodsky, P. (org.). *La invención del 'homo gymnasticus'. Fragmentos históricos sobre la educación de los cuerpos en movimiento en Occidente*. Buenos Aires: Prometeo. p. 37-51.
- Mayoral, Á. (2012). La Escuela Central de Profesores y Profesoras de Gimnástica, en el inicio de una profesión. *Revista Athlos*, v. 3, p. 7-36.
- Miranda, M. (2012). La Argentina en el escenario eugénico internacional. En Miranda, M.; Vallejo, G. (orgs.). *Una historia de la eugenesia. Argentina y las redes biopolíticas internacionales 1912-1945*. Buenos Aires: Biblos. p. 19-64
- Orbuch, I. (2016). *Peronismo y educación física. Políticas públicas entre 1946 y 1955*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Pineau, P. (dir.) (2014). *Escolarizar lo sensible. Estudios sobre estética escolar (1870-1945)*. Buenos Aires: Teseo.
- Ron, O. (2019). *Nociones de cuerpo educado en la formación superior. El caso del Plan de Estudios de Profesorado y Licenciatura en Educación Física, UNLP (2000-2017)*. (Tesis de doctorado). Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata.
- Scharagrodsky, P. (2004). *La educación física escolar argentina (1940-1990) De la fraternidad a la complementariedad*. *Revista Anthropologica*, v. XXII, n. 22. p. 63-92.
- Scharagrodsky, P. (2011). La constitución de la educación física escolar en la Argentina. Tensiones, conflictos y disputas con la matriz militar en las primeras décadas del siglo XX. En: Scharagrodsky, P. (comp.). *La invención del 'homo gymnasticus'. Fragmentos históricos sobre la educación de los cuerpos en movimiento en Occidente*. Buenos Aires: Editorial Prometeo. p. 441-475.
- Scharagrodsky, P. (2014). El discurso médico y su relación con la invención del oficio de 'educador físico': Entre la heteronomía solapada y la autonomía vigilada (Argentina, 1901-1931). En: Scharagrodsky, P. (comp.). *Miradas médicas sobre la cultura física en Argentina, 1880-1970*. Buenos Aires: Editorial Prometeo. p. 101-148.

- Scharagrodsky, P. (2015). El sistema argentino de educación física. Entre el cientificismo, la higienización, el eclecticismo y la argentinidad. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 37, n. 2, p. 158-164. doi: 10.1016/j.rbce.2014.11.015.
- Terigi, F. (2000). *Carpeta de Psicología Educacional*. Bernal: Universidad Virtual de Quilmes-Imprenta UNQ.
- Toconás, S. (2006). La formación docente en Educación Física en la Provincia de Jujuy. Una introducción al caso del año 1956. En: Rozengardt, R. (ed.). *Apuntes de Historia para profesores de Educación Física*. Buenos Aires: Miño y Dávila. p. 337-355.
- Torres, C. (2011). La Educación Física en los EEUU (1865-1945). Scharagrodsky, P. (org.). *La invención del 'homo gymnasticus'. Fragmentos históricos sobre la educación de los cuerpos en movimiento en Occidente*. Buenos Aires: Editorial Prometeo. p. 253-277.
- Vigarello, G.; Holt, R. (2005). El cuerpo cultivado: Gimnastas y deportistas en el siglo XIX. En: Corbin, A.; Courtine, J.; Vigarello, G. (dirs.). *Historia del cuerpo. De la Revolución francesa a la Gran Guerra*. Tomo II. Madrid: Taurus. p. 295-354.
- Villa, A. (2007). La conformación de la profesionalidad de la educación física desde la formación de profesores universitarios. *Revista Brasileira de História da Educação*, v. 7, n. 2, p. 117-144.
- Villa, A. (2011). Currículum, educación física y formación del profesorado: El caso del profesorado de Educación Física de la Universidad Nacional de La Plata. *Ágora para la educación física y el deporte*, v. 13, n. 3, p. 321-340.

La educación bonaerense de los cuerpos: cultura física en la *Revista de Educación* (1926-1936)

Eduardo Galak¹

La revista, su historia, sus posicionamientos²

El presente escrito aborda distintos posicionamientos “oficiales” respecto a cómo y para qué educar los cuerpos entre 1926 y 1936 en el contexto específico de la provincia de Buenos Aires. Para ello se observan principalmente las notas y resoluciones ministeriales publicadas en la *Revista de Educación* de la provincia de Buenos Aires que tomaron por objeto las múltiples maneras de la cultura física de la época, así como los sentidos políticos que pretendieron imprimir³.

La línea editorial de esta revista en lo atinente a la educación de los cuerpos, en la década que abarca entre el final de la gestión de José Luis Cantilo como gobernador de la provincia de Buenos Aires en 1926 y el inicio en 1936 de la gestión de Manuel Fresco en ese mismo cargo, exhibe un periodo de transición en el que se abandonan algunos sentidos *tradicionales* y se profundizan otros *modernos*, renovadores, sin que ello implique políticas estrictamente novedosas.

Si bien se confronta esta época con las vicisitudes sociales y políticas por las que atravesaba la educación (de los cuerpos) bonaerense, metodológicamente, se trata

¹Doctor en Ciencias Sociales, posdoctorado en Educação, Conhecimento e Integração Social. Investigador Adjunto, Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC) y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Profesor Adjunto y Coordinador, Licenciatura en Educación Física, Universidad Pedagógica Nacional, Buenos Aires, Argentina.

²Este escrito se desprende de la investigación “‘Cuerpo’, ‘sujeto’ y ‘política’ en la educación de los cuerpos argentina y brasilera: eugenesia y educación física entre las décadas de 1920 y 1930”, desarrollado en el marco de los estudios de posdoctorado en Educação, Conhecimento e Integração Social, en la Faculdade de Educação de la Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil), gracias al subsidio del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) entre 2013 y 2014, bajo la orientación de doctor Marcus Aurelio Taborda de Oliveira. A su vez, este escrito supone una continuación temporal de “Pedagogías del cuerpo y del carácter en la *Revista de Educación* durante la gobernación de José Luis Cantilo” (Galak, 2017) y una reversión y profundización de lo publicado en “Educar los cuerpos al servicio de la política. Cultura física, higienismo, raza y eugenesia en Argentina y Brasil” (Galak, 2016).

³Aun con la importancia que supuso esta publicación para la organización educativa bonaerense —fue a su vez la primera revista pedagógica del país—, lo cierto es que son escasos los estudios que toman esta revista como su objeto de estudio específico. Pueden señalarse en este registro los trabajos de Bracchi (2005), Ferrero (2007) y Bisso (2011). Más escasos aún son los escritos académicos que establezcan el cruce entre educación del cuerpo y noticias publicadas en esta revista, pudiendo indicarse tan solo las menciones que hacen en sus trabajos Scharagrodsky (2008), Aisenstein y Cairo (2012) y Galak (2014; 2016; 2017).

de reconstruir la historia pedagógica provincial a partir de los artículos publicados en la *Revista de Educación*. Esto significa que se parte de las palabras impresas en esta publicación para pensar la educación de los cuerpos bonaerenses y no al revés, lo cual supone el ejercicio de reconstruir los trazos de procesos pasados que están condicionados por políticas gubernamentales propias de una revista *oficial*, y surcados por lógicas editoriales que enfatizan u omiten prácticas, saberes y discursos.

La *Revista de Educación* nació el 1 de noviembre de 1858 con el nombre de *Anales de la Educación Común*, organizada como una publicación del Consejo General de Educación y de la Dirección General de Escuelas, entes públicos de la provincia de Buenos Aires encargados de administrar, coordinar y ejecutar todo aquello referido al proceso de escolarización bonaerense. De la mano de su fundador y principal impulsor Domingo Faustino Sarmiento, los *Anales* se conformaron como la voz institucional educativa estatal, publicando en sus comienzos mayoritariamente notas burocráticas, resoluciones ministeriales y dictámenes judiciales referidos directa pero también indirectamente a la rutina escolar. En este gesto inicial de la revista pueden verse dos cuestiones que marcan su devenir editorial. Por un lado, nace cuando todavía no existía una legislación que centralice el sistema educativo, cuestión que ocurre en 1875 con la Ley 988 —Ley de Educación Común de Buenos Aires— constituyéndose así en reproductora de la *voz oficial* escolar bonaerense. Por otro lado, en el editorial de Sarmiento de ese primer número ya se expresa la pretensión de educar a los escolares para formar las sensibilidades, cuando afirma que “el objeto esencial de esta publicación es tener al público al corriente de los esfuerzos que se hacen para introducir, organizar y generalizar un vasto sistema de educación”, y luego finaliza afirmando que “nuestra fácil tarea será mostrar los medios, señalar los obstáculos, guiar las voluntades” (Sarmiento, 1858, p. 1-6)⁴. Precisamente respecto a la educación de los cuerpos, la mayoría de las noticias sobre cultura física en los años anteriores a la década de 1920 refieren a su rol complementario de la educación intelectual y moral, respetando así el legado pedagógico integralista que gobierna la escolarización pública desde mediados del siglo XIX en Argentina (Galak, 2013).

Desde sus inicios en 1858 en adelante esta publicación se editó casi ininterrumpidamente hasta 1992, variando su nombre de *Anales de la Educación Común* (1858-1873), *La Educación Común en la Provincia de Buenos Aires* (1876-1879), *Revista de Educación* (1881-1893), *Revista de enseñanza. Provincia de Buenos Aires* (1894), *Boletín de enseñanza y de administración escolar* (1895-1901) y *Revista de Educación de la provincia de Buenos Aires* (1902-1992), para luego retornar desde 2005 hasta la actualidad a su nombre original, no sin nuevos vaivenes⁵.

⁴Cabe mencionar a Juana Manso como otra personalidad educativa que tuvo una significativa participación en los inicios de los *Anales*, primero como colaboradora y luego como editora desde 1865 hasta su muerte en 1875, impulsando la igualdad de condiciones mediante una escolarización mixta, popular y gratuita, difundiendo los beneficios de los jardines de infantes e introduciendo la gimnasia y los juegos como métodos pedagógicos.

⁵En este escrito se utiliza la denominación *Revista de Educación*, no solo porque fue el título de la publicación que más tiempo perduró, sino fundamentalmente porque esa fue la designación que tuvo en el periodo analizado entre 1926 y 1936.

Hacia inicios de la década de 1920, la *Revista de Educación* se encontraba instalada en el contexto de la provincia de Buenos Aires como el principal órgano oficial centralizado difusor de noticias burocráticas y notas pedagógicas. Sin embargo, aun cuando a fin de cuentas todos sus párrafos resultaban legitimados —sea por transmitir edictos gubernamentales o por el hecho de que su aparición acababa por legitimarlos—, lo cierto es que durante este periodo la revista no presentó un criterio uniforme en sus posicionamientos ni una doctrina oficial a seguir. Puede interpretarse que ello es reflejo de un trasfondo político que marca esta época: la tensión a nivel nacional y provincial entre el pensamiento liberalista conservador que gobernaba desde finales del siglo XIX y los *radicales* cambios sociales que se estaban produciendo principalmente desde la sanción de la Ley Sáenz Peña.

Frente a esta convivencia de múltiples perspectivas, este periódico educativo pretendió colocarse como una publicación que a la vez tuviera una finalidad formativa y comunicativa, contemplando las heterogeneidades pedagógicas contemporáneas, pero sin perder su rol centralizador. De allí que en este periodo se haya conformado una comisión redactora encabezada por Víctor Mercante para unificar criterios editoriales. Además del propio Mercante, pueden encontrarse entre los colaboradores asiduos pensadores renombrados como Leopoldo Lugones, Gabriela Mistral, Ernesto Nelson, Pablo Pizzurno, Rodolfo Senet, Alfonsina Storni, Manuel Trigo Viera, entre otros, lo cual demuestra no solo la trascendencia de la *Revista de Educación* sino también lo variopinto de los posicionamientos impresos⁶.

Tradición y modernización

La década que transcurre en la gobernación de la provincia de Buenos Aires entre el fin del mandato de José Luis Cantilo en 1926 y el ascenso al poder en 1936 de Manuel Fresco constituye una época que puede ser catalogada como un momento de transición en la historia de la educación de los cuerpos bonaerenses impresa en la *Revista de Educación*.

En efecto, esta etapa de la publicación se caracteriza por reflejar constantemente en sus páginas las vicisitudes por las que atravesaba políticamente la Argentina. Una muestra de ello puede observarse en la centralidad que supuso para la revista el golpe de Estado nacional del 6 de septiembre de 1930, con cambios de forma y de fondo: a la interrupción de la publicación de julio a diciembre de ese año, le siguió una época marcada por una nueva línea editorial que comenzó a divulgar

⁶Bracchi (2005) denomina el periodo entre 1916 y 1930 como la etapa de “conformación de una comisión redactora para la revista”, en relación con las vicisitudes doctrinarias al mismo tiempo que se pretendía unificar criterios editoriales. Cabe mencionar la voluntad de quienes dirigían la *Revista de Educación* para que sus párrafos no se agoten en lo estrictamente escolar bonaerense y continúe siendo una voz autorizada en materia pedagógica, tal como lo refleja la editorial de Manuel Trigo Viera del primer número de 1924, en la cual además de aumentar el tiraje a 5.000 ejemplares, establece que se la distribuya “entre todo el personal directivo y docente de nuestras escuelas públicas, a asociaciones, círculos, instituciones culturales y científicas, a las revistas similares del país y del extranjero, a los educacionistas y estudiosos, etcétera” (Trigo Viera, 1924, p. 5-12).

mayoritariamente informes técnicos, discursos oficiales y circulares burocráticas en detrimento de las notas pedagógicas. Cuestión que puede verse con claridad en las noticias impresas en 1931, primero con el número de enero-febrero en el cual se transcribe el “Decreto de la Intervención Federal en Buenos Aires nombrando nuevo Director General de Escuelas” que reemplaza Alfredo Villalba por Francisco Pereira, y luego con los cambios hacia diciembre de ese año cuando se publica el artículo “Un nuevo carácter y nuevos fines”, en el cual se anuncia la *modernización* de la fisionomía de la revista (reducción de sus páginas y modificaciones en la tapa y en la estética en general) y su división en tres partes: “una esencialmente pedagógica”, “otra sección informativa oficial” y “finalmente, una sección artística” que tenía por objeto “robustecer el buen gusto de los maestros”(AA.VV., 1931a). Posteriormente, luego de que en 1933 no se edite “por circunstancias especiales” no aclaradas, desde 1934 y hasta el final del periodo analizado la revista se dividió en las secciones “Orientación”, “Pedagogía”, “Ciencia y Arte”, “Higiene Escolar” —que incluía las notas del Cuerpo Médico Escolar— e “Información Oficial” (AA.VV., 1934a, p. 3-4).

Como una reversión de la expresión gramsciana de *algo nuevo que no termina de nacer frente a algo viejo que no termina de morir*, este periodo de la *Revista de Educación* evidencia una etapa que oscila entre tendencias tradicionalistas y progresistas, entre la profundización de sentidos conservadores como el incremento de artículos que sostenían una postura nacionalista, católica y antiizquierdista, y la publicación de novedades pedagógicas como la incorporación de notas traducidas de educadores extranjeros de renombre o la proliferación de escritos sobre psicología y psicopedagogía.

Algo viejo que no termina de morir

Específicamente respecto a la cultura física, caracterizan este recorte temporal dos cuestiones relacionadas: por un lado, se acentúa en las páginas de la revista la importancia de los deportes como contenido de la educación de los cuerpos institucionalizada y centralizada, fundamentalmente a partir de la profesionalización y espectacularización del fútbol y del boxeo y, por el otro, se diversifican los modos de desarrollarla, interviniendo definitivamente en las prácticas de las colonias de vacaciones, del excursionismo y del scoutismo, entre otras, finalmente adheridas de diferentes maneras a los dominios de la educación física. Ambas cuestiones son efecto relativamente directo de la masificación y popularización de las prácticas corporales institucionalizadas que se produjo exponencialmente desde la segunda mitad de la década de 1920 en adelante, profundizando consecuentemente la política de poner la cultura física al servicio público estatal.

Sin embargo, aun con estas características, al igual que en el resto de la revista los artículos sobre educación del cuerpo no escaparon a la heterogeneidad de posicionamientos publicados. Por caso, a la defensa editorial para que el Estado provincial se haga cargo de las prácticas deportivas, sea por vía de la escuela o por otras instituciones públicas centralizadas, puede contraponerse la continuidad en las críticas

cada vez menos frecuentes, pero sí más fuertes hacia los deportes como perversión moral y pedagógica. En este sentido, cabe mencionar la extensa nota del psicopedagogo Rodolfo Senet, titulada “La educación integral”, en la cual apoyándose en los postulados de Enrique Romero Brest⁷ reafirma el carácter de científica de la educación física por sus rasgos fisiológicos e higiénicos, y porque “persigue la salud, el bienestar físico, y como complemento, el psíquico”, pero contraponiéndola a las prácticas deportivas, que inmoralizan y embrutecen: “en nuestro medio, con esas prácticas, se están formando nutridas generaciones de atletas tan brutos como inmorales y groseros” (Senet, 1931, p. 386)⁸.

El deporte no es la educación física; esta, es ciencia; al deporte no sabría calificarlo, porque ni es ciencia ni es arte; y aunque sea desinteresado, o no persiga más que un interés afectivo-emocional, no puede tampoco considerarse como una prolongación de los juegos infantiles, y diré que representa una transición entre la niñez y las etapas más rudimentarias de las manifestaciones artísticas del sentido muscular. Si al deporte se lo considera arte, diré que es el arte de los incapaces de alcanzar a ninguna de las manifestaciones definidas del arte; el deporte sería el arte de los embrutecidos o bestializados. [...] Es urgente reaccionar contra esta invasión de barbarie, exteriorizada por una crisis aguda de partidos de boxeo, de fútbol y de otros deportes brutales, y establecer la educación física científica, racional, que persiga como fin la salud pública y privada, y el equilibrio en las aptitudes del sujeto, haciendo efectivo el desiderátum de Juvenal, el zarandeado *mens sana in corpore sano*, que no significa que los sujetos, físicamente sanos, sean sanos psíquicamente, sino que el individuo debe aspirar a la salud por los dos conceptos. (Senet, 1931, p. 387)

Es interesante que las palabras de Senet reflejan el eclecticismo que dominaba el campo de la cultura física en el segundo cuarto del siglo XX: mientras se basa en los postulados de Romero Brest, también se sustenta en posicionamientos que se ubican en las antípodas de este, como la idea de que “el deporte no es la educación física, ni siquiera un método de ella”, una afirmación característica del *Méthode Naturelle*

⁷Nacido en Corrientes el 25 de septiembre de 1873, Enrique Romero Brest es considerado el padre de la educación física escolar argentina (Aisenstein & Scharagrodsky, 2006), fue el inventor y principal propulsor del *sistema argentino de educación física*, el método oficial de enseñanza de la disciplina durante las primeras tres décadas del siglo XX. Romero Brest era médico, doctorándose en la Universidad de Buenos Aires en 1900 con una tesis titulada “El ejercicio físico en la escuela”, una de las primeras investigaciones sobre esta temática en Argentina, además de inventar una serie de aparatos de medición y evaluación de condiciones físicas y fisiológicas. Autor de una extensa bibliografía, ejerció como director del Instituto Nacional de Educación Física desde su creación hasta la década de 1930.

⁸Uno de los psicopedagogos argentinos más importantes de la historia, estudioso de la psicología experimental, iniciador junto con Víctor Mercante del positivismo educativo y profesor de psicología y educación en las Universidades de Buenos Aires y La Plata, Rodolfo Senet fue un tenaz crítico de los deportes: por la misma época, publicaba en *La Obra* que “es urgente reaccionar contra esta invasión de barbarie, exteriorizada por una crisis aguda de partidos de boxeo, de fútbol y de otros deportes brutales, y establecer la educación física científica, racional, que persiga como fin la salud pública y privada y el equilibrio en las aptitudes del sujeto” (Senet, 1934, p. 621).

francés (Torrebadella, 2012), creado por George Hébert⁹. Más allá de este contrapunto de forma, existe un acuerdo de fondo: la educación física debe ser pedagógica, pragmática y científica, sea médica o psicológicamente.

Similares palabras pueden encontrarse hacia el final de este periodo analizado en la resolución del Consejo General de Educación respecto al plan de estudios y programas para el ciclo lectivo de 1936, cuando se argumenta que la materia Ejercicios y Juegos Físicos:

...debe usar el sistema argentino de educación física cuyo fundamento es vigorizar el cuerpo, proteger la salud y asegurar una mejor formación del carácter a la vez que fomentar vínculos de solidaridad social. [...] Todo sistema racional de educación física debe fundamentos científicamente en la fisiología y en la pedagogía, conformando sus disciplinas a leyes de la mecánica humana y al estudio de la psicología del niño, individual y colectivamente considerado. (AA.VV., 1935d, p. 65)

Sin embargo, tal como se profundiza luego, la historia resultó distinta desde 1936 en adelante, con el ascenso al poder de Manuel Fresco y de sus ideas político-pedagógicas que, precisamente, contribuyen a derrocar al “sistema argentino” como oficial.

Algo nuevo que no termina de nacer

Si bien algunos de los principales sentidos sobre cultura física subsistieron desde la gestión provincial de José Luis Cantilo como gobernador bonaerense —forjados incluso antes— y perduraron hasta la de Manuel Fresco, como los debates acerca de si incorporar los deportes a la educación física, el carácter científico-pragmático que reunía discursos psicológicos y médicos, la importancia de los juegos como contenidos pedagógicos pero también como sinónimos de recreo, el constante pedido para ampliar la especialización de maestros que transmitan actividades físicas o la sumisión de la enseñanza de ejercicios corporales a la difusión de preceptos higiénicos y saludables, cierto es que también se publicaron en las páginas de la *Revista de Educación* nuevos sentidos y prácticas: las colonias de vacaciones o el excursionismo, aun cuando ya estaban presentes como parte de la grilla escolar, comenzaron a conformar cada vez con mayor frecuencia los programas de educación física, reduciéndose a esta disciplina. De hecho, en la actualidad en la Argentina la gran mayoría de las colonias de vacaciones aparecen como territorio casi exclusivo de los profesores de Educación Física, así como el excursionismo, en su versión contemporánea *vida en la naturaleza*, conforma junto con los deportes, las gimnasias, los juegos y la natación los cinco grandes contenidos de la materia escolar.

⁹Esta conjunción sintética de posicionamientos en gran parte contradictorios es una constante de la revista y trasciende el periodo investigado (Galak, 2016).

Con un sistema que articulaba el asistencialismo con la educación, las colonias de vacaciones resultaron un recurso gubernamental para desarrollar hábitos científicos de higiene y de cultura física, así como para transmitir conocimientos legitimados en su gran mayoría pragmáticos, como oficios o trabajos manuales. Si bien antes de 1926 ya aparecían en las páginas de la *Revista de Educación* proyectos sobre colonias escolares —como el que presentó Francisco Legarra en 1921, que con una lógica de internado definía su finalidad como “higiénica” y al Cuerpo Médico Escolar como el encargado de elegir los docentes y alumnos que participarían en ella (AA. VV., 1921)—, hacia mediados de la década de 1920 comenzaron progresivamente a ganar un espacio cada vez mayor. Efectivamente, desde la editorial de 1927 titulada “Proyectos de colonias escolares de vacaciones” (AA.VV., 1927), se multiplican las notas al respecto, con la particularidad de que se delega en el profesor de Educación Física la responsabilidad de administrarlas, y reduciendo su quehacer profesional en las colonias básicamente a dos cuestiones: entretener y ser transmisor de conductas útiles, higiénicas y saludables¹⁰.

Pueden resumirse los argumentos que justificaban las colonias escolares en las palabras de Carlos Cometto, quien desde la sección de Higiene Escolar afirmaba que “los pueblos son ricos y poderosos si sus hijos son robustos, laboriosos e inteligentes”, que “sin salud no se puede trabajar, sin robustez el trabajo no rinde”, y que por ello resultaba imprescindible que el Estado se haga cargo principalmente de los niños débiles física y mentalmente (Cometto, 1932a, p. 42). A su vez, en la nota “Las colonias de vacaciones escolares de la provincia de Buenos Aires”, Cometto señalaba:

Estas instituciones de preservación social, hace poco vienen difundándose en la provincia con mucho entusiasmo y excelentes resultados. Tienen por finalidad que el alumno pobre se beneficie del clima de mar, llanura o sierra de que el Estado dispone en su vasto territorio, para tonificar el organismo de aquel, debilitado por las malas condiciones higiénicas en que vive en las ciudades, con poco aire, poco sol y alimentación inadecuada e insuficiente. [...] estas colonias se desenvuelven en un ambiente familiar donde se hace vida higiénica a la vez que con disciplina, reina en ellas alegría y buen humor. Los juegos, paseos, distracciones de toda clase, con sus mejores atractivos. [...] El personal a cargo de las colonias debe ser ilustrado, preparado en la especialidad; entusiasta, cariñoso; de presencia atrayente. [...] Entre ese personal debe figurar siempre la profesora de educación física, para difundir

¹⁰ Además de este editorial, pueden mencionarse como publicaciones relevantes sobre las colonias de vacaciones durante el periodo analizado el “Reglamento de las colonias escolares de vacaciones” (AA. VV., 1929a) y los informes presentados por Carlos Cometto sobre la colonia de Villa Elisa (Cometto, 1932a) y la de Punta Lara (AA.VV., 1935a). A su vez, vale destacar que las notas sobre las colonias fueron una de las pocas instancias de la *Revista de Educación* acompañadas de material fotográfico, como el artículo “Colonias de vacaciones para niños débiles”, que contaba con tres fotos de ejercicios físicos cuyas leyendas decían “Los movimientos rítmicos dan al cuerpo energía, agilidad, elasticidad”, “La gimnasia moderada y metódica en la playa, al aire libre y al sol, tonifica el cuerpo y el espíritu de los niños débiles” y “Después del ejercicio, el descanso conveniente” (AA.VV., 1935b), o la portada del n. 2 de 1936 en la que se publicaba una foto de la colonia de Punta Lara, que funcionó desde diciembre de 1935 hasta febrero de 1936, con el epígrafe “Clase de gimnasia metodizada”.

esta entre los colonos, por ser de suma utilidad para el desarrollo del niño, y sirve para sus distracciones; con sus variados juegos aumenta la alegría que siempre debe reinar en tales instituciones. (Cometto, 1936, p. 59-62)

Puede interpretarse que una de las principales razones para el fomento de las colonias escolares se encuentra en la constante pretensión provincial bonaerense —y, por ende, de la línea editorial de la revista— de masificar las prácticas corporales institucionalizadas como modo de transmisión de idearios concretos, extendiendo su accionar por fuera de las escuelas y profundizando así el gobierno de la vida en todos sus ámbitos. En efecto, las notas de la *Revista de Educación* funcionaron como una tribuna desde la cual se reprodujeron sentidos legitimados oficialmente de hogar patriarcal, de patriotismo nacionalista, de masculinidad viril, de femineidad sumisa, de moral higiénica, de ascetismo católico y de identidad racial.

De esta manera, las grandes instituciones sociales modernas —la familia, la Iglesia y el Estado— se fundieron en retóricas que argumentaron la educación de los cuerpos bonaerenses. Por ejemplo, puede encontrarse el discurso del flamante director general de escuelas Francisco Pereira, titulado “El nacionalismo en nuestras escuelas”, en el cual critica a los “sin Dios y sin Patria” de la Rusia soviética para afirmar que “sin Patria no hay nación, como sin hogar no hay familia” (AA.VV., 1931b, p. 304-305), o la propuesta de una “Enseñanza nacionalista”, como titula su escrito María Esther B. de Figari, en la cual afirma que tanto las escuelas como las colonias de vacaciones o las plazas públicas de ejercicios metodizados deben consolidar los vínculos de nacionalidad de “nativos o argentinos genuinos” y combatir las perturbadoras “ideas importadas” de extranjeros o hijos de extranjeros, enseñanza que debe sostenerse en “la salud física y vigor corporal del niño como base principal del clásico triángulo de la educación integral del sujeto” (Figari, 1935, p. 3-4).

Esta constante preocupación editorial por destacar *lo propio* y desdeñar *lo ajeno* también puede encontrarse en la intencionalidad de sucesivas notas de forjar una identidad “racial” nacional, sea por afinidad o por oposición. En efecto, la retórica de la “raza argentina” apareció en cada conmemoración del 12 de octubre —el por entonces denominado en Argentina “Día de la raza”¹¹— así como la afirmación de que el desarrollo de la cultura física en sus distintos ámbitos produce el fortalecimiento de los músculos de la Patria para el perfeccionamiento de la raza. Muestra de ello, por aquellos años era común la realización (y difusión en la *Revista de Educación*) de actos públicos escolares en los cuales se realizaban exhibiciones gimnásticas, cantándose en más de una ocasión la marcha *Canción del deporte*: tal es el caso del “Acto público realizado en La Plata con motivo del ‘día de la madre’ y de la terminación del curso escolar 1935” (AA.VV., 1936a), en el cual antes de los “ejercicios metodizados” de los varones —en los que un conjunto de cien niños de distintas escuelas dieron “hurras y vítores a la Patria”— y de la muestra de “gimnasia estética” —con un

¹¹Por solo mencionar un ejemplo, en la nota precisamente titulada “12 de octubre” de 1931, José Hanfuch refiere a los argentinos como “un tipo inconfundible de civilización: el tipo de salud física y moral que alguien ha llamado *euro-argentino*” (Hanfuch, 1931, p. 843).

centenar de niñas vestidas con trajes rosados y abanicos del mismo color—, se entonaron las estrofas “Luchar, / en justa varonil. / Luchar / con ansia juvenil. / Y para la raza conseguir / el ejemplar / del porvenir”¹². Como sostiene Gustavo Vallejo, se trata de una marcha que en su letra destaca la caballerosidad con claras reminiscencias de la eugenesia en boga como criterio científico legitimador de las prácticas corporales, en donde vigorosidad, fuerza y juventud se entremezclan como sinónimos políticos. En síntesis,

...una verdadera pedagogía de la masculinidad, donde el deporte equivalía a bienestar físico y sus valencias excedían a una mera práctica distractiva, involucrando el deber ciudadano por el bienestar, tanto individual y presente como colectivo y futuro. (Vallejo, 2018, p. 100)

A su vez, se incorporaron retóricas que desarrolladas por fuera de las escuelas, de la educación física y del ámbito estrictamente estatal, como las del scoutismo, que asociaban la enseñanza de contenidos intelectuales y fundamentalmente morales a través de la transmisión de ejercitaciones físicas: por caso, el artículo “Scoutismo, escuela y hogar” refleja esta fusión al señalar “la importancia y el valor educativo del scoutismo, como factor paralelo de la escuela y el hogar”, porque “infunde en el espíritu del niño *scout*, un porcentaje enorme de conocimientos prácticos, científicos y más aún, morales y cívicos” que deben llevar al alumno a “amar a Dios, a la Patria y la humanidad” (AA.VV., 1929b, p. 418-419)¹³. Precisamente, estos discursos retoman algunos de los sentidos que ya estaban presentes en las retóricas sarmientinas originalmente publicadas en los *Anales de la Educación* de la segunda mitad del siglo XIX, al mismo tiempo que sientan las bases para que posteriormente con la gobernación de Fresco se hagan emblema pedagógico (Béjar, 1992; Vallejo, 2007), al remitir toda argumentación de las actividades físicas a la consigna “Dios, Patria, familia”, lema característico del padre del escultismo Baden-Powell (Scharagrodsky, 2009).

El problema profesional: disciplinar, medir, clasificar

Párrafos aparte merecen los artículos publicados entre 1926 y 1936 en la *Revista de Educación* que refieren a la cuestión de la formación profesional para dictar clases de cultura física dentro y fuera de las escuelas, que continuaba siendo eje de críticas por la escasez de recursos humanos especializados en la materia en territorio bonaerense. A modo de contextualización, por aquellos años había solo un establecimiento en la Argentina de formación civil de profesores y profesoras en Educación Física: el Instituto Nacional de Educación Física, que dirigía Enrique Romero Brest desde su

¹²Con música de Francisco Lomuto y letra de Antonio Botta, en 1933 salió a la luz la marcha *Canción del deporte*, que rápidamente se hizo popular, llegando a interpretarse como himno antes de justas deportivas o de exhibiciones gimnásticas.

¹³Respecto al escultismo, cabe aclarar que su asociación con las retóricas escolares y estatales no es nueva en la provincia de Buenos Aires (Scharagrodsky, 2008).

creación en 1912, y desde donde propiciaba el método oficial hasta 1939, el “sistema argentino de educación física”. Además, el ejército tenía una Escuela de Gimnasia y Esgrima que formaba “maestros”, con un posicionamiento teórico diferente, más ligado a las gimnasias castrenses alemana e italiana¹⁴.

En este sentido, los sentidos sobre la profesionalización de la cultura física publicados en la *Revista de Educación*, exhiben que empezaba a ponerse en tensión la hegemonía en el ámbito pedagógico-civil del Instituto Nacional y comenzaban a hacerse oír voces para institucionalizar otros centros superiores, algo que será escuchado precisamente en la provincia de Buenos Aires a finales de la década de 1930, durante la gobernación de Manuel Fresco, y que ocuparán un espacio importante en esta publicación. Durante el periodo 1926-1936 analizado sobresalen las palabras de Rodolfo Senet, en la mencionada nota de 1931, las cuales constituyen un claro ejemplo: ante la denuncia por la falta de “competencia especial de los maestros” para dictar una “educación física completa”, Senet proponía “crear escuelas especiales de educación física, a cargo de maestros diplomados en la materia” que sigan las doctrinas de Romero Brest y el “sistema argentino” (Senet, 1931, p. 386). Similar crítica puede encontrarse en la Memoria del Cuerpo Médico Escolar de 1934, en la que se establece una queja formal por la carencia de “instructores competentes”, solicitando que se proporcione “a las escuelas de la provincia del personal especializado que necesita para impartir científicamente esa clase de enseñanza” (AA.VV., 1935c, p. 52).

Sin embargo, al igual que en el pasado, no había uniformidad de criterios en cuanto al objeto de la profesionalización. En efecto, si bien existía un común denominador que consistía en que la formación debía argumentarse científicamente, no había homogeneidad en cuanto a qué conocimientos científicos utilizar para argumentarla. Básicamente, pueden resumirse los posicionamientos en dos posturas: por un lado, estaban aquellos que enseñaban según el “sistema argentino”, quienes entendían que *científico* significaba transmitir principios anatomofisiológicos pero fundamentalmente pedagógicos que respeten una progresión didáctica y, por el otro, aquellos que seguían las directivas impartidas desde el Cuerpo Médico Escolar —encargado de intervenir “directa o indirectamente” la educación física (AA.VV., 1934b)—, quienes comprendían por *científico* criterios higiénicos metódicamente organizados.

Cabe recordar que, aunque contrarios, ambos posicionamientos resultaban “oficiales” de los gobiernos estatal y estadual, respectivamente.

Aun con esta disputa de fondo, se asienta en este periodo un nuevo sentido de *lo científico* en el quehacer profesional de los maestros del cuerpo: la medición y clasificación por razones psicológicas, además de por criterios anatomofisiológicos como desde finales del siglo XIX venía sucediendo. En efecto, uno de los rasgos sobresalientes de la *Revista de Educación* desde la segunda mitad de la década de 1920 en adelante es la proliferación de artículos cuyo objeto consistía en la argumentación psicológica (generalmente experimental, evolutiva y conductista) de la educación. En el

¹⁴Acerca de la historia de la formación profesional en educación física por aquellos años, ver Galak (2012).

caso específico de la cultura física se destacan las notas que, siguiendo criterios psicopedagógicos, alientan a mensurar, clasificar —y obrar consecuentemente— a los alumnos y sus cuerpos. Este posicionamiento fue particularmente sostenido por el Cuerpo Médico Escolar desde la sección de Higiene Escolar de la revista, organismo que por aquel entonces procuraba que se oficialice una “ficha sanitaria escolar” para que sea administrada en todos los establecimientos educativos provinciales, y que permita *vigilar* la educación higiénica de los alumnos y construir una historia de la personalidad del alumno desde el punto de vista médico, físico y psíquico (Cometto, 1932b, p. 283-284). Si bien la postura del Cuerpo Médico Escolar se destaca por su relevancia institucional, no fueron las únicas palabras en la revista que apoyaron de distintas maneras una “ficha escolar”: por caso, el inspector de escuelas Manuel de Visconti proponía por la misma época un modelo único de “ficha y registro psico-moral-sociológico” (Visconti, citado en Cometto, 1932b), en tanto que el profesor Luis Morzone publicó entre 1935 y 1936 una serie de “Notas para la compilación de la ficha biográfica individual en las escuelas” basadas en la psiquis del niño (Morzone, 1935a, 1935b, 1936a, 1936b).

En definitiva, los discursos psicopedagógicos se instalaron como recursos científicos para justificar la práctica de actividades físicas, constituyendo rápidamente parte de las tareas de los profesionales dedicados a la cultura física: aún hasta la actualidad, la medición y clasificación de los cuerpos (y de los alumnos) que se lleva a cabo en las clases de educación física sigue criterios anatomofisiológicos y psicopedagógicos, sirviendo de principal argumento para la organización y gradación de los *estímulos*, homogeneizando los sujetos según fundamentos estandarizados.

Lecturas transversales

La *Revista de Educación* de la provincia de Buenos Aires funcionó en la década entre 1926 y 1936 como dispositivo oficial de difusión de las perspectivas pedagógico-escolares. A esta afirmación cabe sumarle tres aclaraciones: primero, que si bien era una publicación provincial, los discursos no se restringieron al territorio bonaerense, abarcando una mirada “argentina” de las problemáticas publicadas; segundo, que no existió una línea editorial, sino que la norma fue un eclecticismo que se sintetice en, tercero, que lo educativo funcione como sinónimo de científico y pragmático.

Específicamente, respecto al tratamiento de la *Revista de Educación* en la década analizada sobre la cultura física, puede observarse como objetivo editorial la voluntad de informar y formar profesionales mediante una constante referencia a reafirmar la importancia de la cultura física como objeto de políticas públicas, cuyas retóricas legitimadoras se centren en la *tácticamente* aceptada idea de que fortalecer los músculos implicaba mejorar la Patria o perfeccionar la raza. Más que una preocupación por el contenido a transmitir, la línea editorial de la *Revista de Educación* muestra un interés por argumentar científicamente la medición y control sobre los y las estudiantes escolares.

La conjunción de sentidos tradicionales de la educación física que provenían de finales del siglo XIX y comienzos del XX, como el cientificismo higienista asociado a las prácticas de la gimnasia y de los juegos, con argumentos modernizadores, como la incorporación de los deportes como contenidos educativos, la incorporación de fichas médico-higiénicas o la afinidad con otras prácticas corporales como las que realizaban los movimientos *scouts*, exhibe un eclecticismo editorial como norma, que es a la vez reflejo de los posicionamientos teóricos que por aquellos años atravesaba el campo disciplinar de la cultura física argentina. Puede interpretarse que, si bien a comienzos de la década de 1920 este sincretismo era producto de una intencionalidad de la *Revista de Educación* para mostrar la coexistencia armónica de posturas, un reflejo de la (supuesta) amplitud editorial a diversos idearios pedagógicos, con el avance de los posicionamientos autoritarios y filototalitarios que se produjo en la década de 1930 este eclecticismo se convirtió en una estrategia para, dentro de un discurso que exhibía aceptación, homogeneizar.

Bibliografía

- AA.VV. (1921). Proyectos del Consejero de Educación profesor señor Francisco Legarra. *Revista de Educación*, v. 62, n. 1-2, p. 14-33.
- AA.VV. (1927). Proyectos de colonias escolares de vacaciones. *Revista de Educación*, v. 68, n. 6.
- AA.VV. (1929a). Reglamento de las colonias escolares de vacaciones. *Revista de Educación*, v. 70, n. 7, p. 221-223.
- AA.VV. (1929b). Scoutismo, escuela y hogar. *Revista de Educación*, v. 70, n. 10, p. 418-420.
- AA.VV. (1931a). Un nuevo carácter y nuevos fines. *Revista de Educación*, v. 72, n. 1.
- AA.VV. (1931b). El nacionalismo en nuestras escuelas. Discurso del Señor Director General de Escuelas Profesor Pereyra. *Revista de Educación*, v. 72, n. 2.
- AA.VV. (1934a). Programa. *Revista de Educación*, v. 75, n. 1, p. 3-4.
- AA.VV. (1934b). Proyecto de reglamento para las oficinas de la Dirección General de Escuelas. *Revista de Educación*, v. 75, n. 3, p. 51-62.
- AA.VV. (1935a). Colonia de vacaciones de Punta Lara. *Revista de Educación*, v. 76, n. 1.
- AA.VV. (1935b). Colonias de vacaciones para niños débiles. *Revista de Educación*, v. 76, n. 2.
- AA.VV. (1935c). Memoria presentada por el Director Gral. Sr. Carranza. *Revista de Educación*, v. 76, n. 4, p. 51-54.
- AA.VV. (1935d). Resoluciones del Consejo General de Educación: Plan de estudios y programas para 1936. *Revista de Educación*, v. 76, n. 5, p. 44-65.
- AA.VV. (1936a). Acto público realizado en La Plata con motivo del 'día de la madre' y de la terminación del curso escolar 1935. *Revista de Educación*, v. 77, n. 2, p. 53-56.
- AA.VV. (1936b). Las colonias de vacaciones en la provincia de Buenos Aires. *Revista de Educación*, v. 77, n. 3.
- AA.VV. (1936c). Colonias de vacaciones escolares. *Revista de Educación*, v. 77, n. 4.
- Aisenstein, A.; Cairo, M. E. (2012). El gobierno de la moral y la salud: Educación alimentaria en el

- discurso pedagógico. *História da Educação*, v. 16, n. 38, p. 227-248.
- Aisenstein, A.; Scharagrodsky, P. (2006). *Tras las huellas de la educación física escolar argentina. Cuerpo, género y pedagogía. 1880-1950*. Buenos Aires: Prometeo.
- Béjar, M. D. (1992). Altares y banderas en una educación popular. La propuesta del gobierno de Manuel Fresco en la provincia de Buenos Aires, 1936-1940. *Estudios e Investigaciones*, n. 12, p. 83-130. Recuperado de: <https://bit.ly/32ecopM>
- Bracchi, C. (2005). Cuando la historia se hizo revista. *Anales de la Educación Común*, n. 1-2, p. 274-287.
- Bisso, A. (2011). La Revista Educación Bonaerense durante el periodo de gobierno de Manuel A. Fresco (1936-1940): Acerca de los 'usos del pasado' en los discursos y las prácticas escolares. *Clío & Asociados*, n. 15, p. 27-52.
- Cometto, C. (1932a). La colonia de vacaciones de Villa Elisa. *Revista de Educación*, v. 75, n. 1, p. 40-41; n. 2, p. 39-43.
- Cometto, C. (1932b). Ficha sanitaria escolar. *Revista de Educación*, v. 78, n. 2, p. 283.
- Cometto, C. (1936). Las colonias de vacaciones escolares de la provincia de Buenos Aires. *Revista de Educación*, v. 77, n. 1, p. 59-62.
- Ferrero, F. (2007). *Un estudio sobre la Revista de Educación: Gobierno y estructura del sistema escolar bonaerense (1881-1910)*. (Tesis de maestría en Educación). Ciudad de Buenos Aires: Universidad de San Andrés.
- Fígari, M. (1935). Enseñanza nacionalista. *Revista de Educación*, v. 76, n. 2, p. 3-6.
- Galak, E. (2012). *Del dicho al hecho (y viceversa). El largo trecho de la construcción del campo de la formación profesional de la Educación Física en Argentina. Legalidades, legitimidades, discursos y prácticas en la institucionalización de su oficio entre finales del siglo XIX y el primer tercio del XX* (Tesis de doctorado en Ciencias Sociales). La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Galak, E. (2013). Herbert Spencer y la pedagogía integralista. Influencias en los inicios de la educación física argentina. En: Galak, E.; Varea, V. (coords.). *Cuerpo y educación física. Perspectivas latinoamericanas para pensar la educación de los cuerpos*. Buenos Aires: Biblos. p. 45-66.
- Galak, E. (2014). Una historia en fragmentos: Los orígenes de la institucionalización de la "educación de los cuerpos bonaerenses" (1910-1940). En: Galak, E.; Gambarotta, E. (comps.). *Cuerpo, educación, política: Tensiones epistémicas, históricas y prácticas*. Buenos Aires: Biblos-UNDAV. p. 101-126.
- Galak, E. (2016). *Educar los cuerpos al servicio de la política. Cultura física, higienismo, raza y eugenesia en Argentina y Brasil*. Buenos Aires: UNDAV-Biblos.
- Galak, E. (2017). Pedagogías del cuerpo y del carácter en la Revista de Educación durante la Gobernación de José Luis Cantilo (Buenos Aires, 1922-1926). *Revista Tempos e Espaços em Educação*, v. 10, n. 21, p. 149-162.
- Hanfuch, J. (1931). 12 de Octubre. *Revista de Educación*, v. 72, n. 4-6, p. 843.
- Morzone, L. (1935a). Normas para la compilación de la ficha biográfica individual en las escuelas primarias, *Revista de Educación*, v. 76, n. 6, p. 18-25.
- Morzone, L. (1935b). Normas para la compilación de la ficha biográfica individual en las escuelas primarias, *Revista de Educación*, v. 76, n. 7, p. 13-21.
- Morzone, L. (1936a). Normas para la compilación de la ficha biográfica individual en las escuelas primarias, *Revista de Educación*, v. 77, n. 1, p. 36-43.
- Morzone, L. (1936b). Normas para la compilación de la ficha biográfica individual en las escuelas primarias, *Revista de Educación*, v. 77, n. 2, p. 14-17.

- Sarmiento, D. (1858). Editorial. *Revista de Educación*, v. I, n. 1, p. 1-6.
- Scharagrodsky, P. (2008). El escautismo en la educación física bonaerense argentina o el buen encauzamiento varonil (1914-1916). *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 29, n. 3, p. 155-171.
- Scharagrodsky, P. (2009). En el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Gimnástico: Prácticas corporales, masculinidades y religiosidad en los Exploradores de Don Bosco en la Argentina de principios de siglo XX. *Educar em Revista*, n. 33, p. 57-74.
- Senet, R. (1931). La educación integral (Fragmento de una obra en prensa). *Revista de Educación*, v. 72, n. 2, p. 314-399.
- Senet, R. (1934). Educación física y deporte. *La Obra. Revista de educación, ciencia y letras [RLO]*, Buenos Aires, v. 54, n. 252, p. 621.
- Torreadella, X. (2012). El deporte contra la educación física. Un siglo de discusión pedagógica y doctrinal en la educación contemporánea. *Movimiento humano*, n. 4, p. 73-98. Recuperado de: <https://bit.ly/30BsXvu>.
- Trigo Viera, M. (1924). La 'Revista de Educación' en 1924. *Revista de Educación*, v. 65, n. 1, p. 5-12.
- Vallejo, G. (2007). *Escenarios de la cultura científica Argentina: ciudad y universidad (1882-1955)*. Madrid: CSIC, Colección Estudios sobre la Ciencia.
- Vallejo, G. (2018). El hombre nuevo: Representaciones culturales en torno a la masculinidad en la Argentina (1918-1976). *Cuadernos de Historia Contemporánea*, v. 40, p. 89-113. doi: 10.5209/CHCO.60324.

La infancia medicada: el uso de antipsicóticos como estrategia normalizadora en Brasil

*Sandra Caponi*¹

Introducción

El 10 de junio de 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó las “Orientaciones sobre servicios de salud mental comunitaria”, promoviendo un abordaje de la salud mental global centrada en la persona y basada en los derechos humanos. Se trata de una propuesta superadora de las limitaciones del modelo psiquiátrico hegemónico. Este documento presenta, en más de 300 páginas, una crítica contundente al modelo psiquiátrico centrado en la definición y multiplicación de diagnósticos psiquiátricos y terapéuticas psicofarmacológicas. La fragilidad de ese modelo fue cuestionada en diferentes momentos históricos, desde las críticas dirigidas al encierro en los manicomios, hasta las actuales críticas dirigidas a la medicalización de los sufrimientos cotidianos y comportamientos considerados socialmente indeseados. Las orientaciones de la OMS parecen haber, finalmente considerado esa multiplicidad de críticas oponiéndose, al mismo tiempo, al modelo asilar de tratamiento y al uso innecesario de diagnósticos y fármacos psiquiátricos para problemas cotidianos. La propuesta de la OMS retoma ese conjunto de críticas y resalta las alternativas terapéuticas exitosas que integran la escucha atenta a los expertos por experiencia y las experiencias que integran a los activistas en primera persona en grupos de ayuda mutua. Propone que sea priorizado un abordaje de los problemas de salud mental centrado en la persona y basado en los derechos humanos, atento a cuestiones sociales como exclusión, pobreza o racismo, que provocan sufrimientos psíquicos profundos. Afirma que, para eso, se debe cambiar la mentalidad de los profesionales de salud, ampliar sus mentalidades, eliminar actitudes estigmatizantes y prácticas coercitivas. Vemos así que, por primera vez, después de más de 50 años de duros cuestionamientos al poder psiquiátrico, finalmente un organismo internacional parece adoptar una perspectiva crítica al modelo de salud mental centrado en la enfermedad.

El documento denominado “Orientaciones sobre servicios de salud mental comunitaria”, destaca, por ejemplo:

¹Doctora en Filosofía. Profesora, Departamento de Sociología, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

Es fundamental que los sistemas y servicios de salud mental amplíen su foco más allá del modelo biomédico para también incluir un abordaje más holístico que considera todos los aspectos de la vida de una persona. La práctica actual en todas las partes del mundo, sin embargo, *coloca las drogas psicotrópicas en el centro de las respuestas al tratamiento*, mientras las intervenciones psicosociales, las intervenciones psicológicas y el apoyo de pares también deben ser explorados y ofrecidos en el contexto de un abordaje centrado en la persona, de recuperación y basada en los derechos. Esos cambios exigirán cambios significativos en el conocimiento, capacidades y habilidades de la fuerza de trabajo de servicios sociales y de salud. (OMS, 2021, p. 21)

Sabemos el impacto que el modelo médico centrado en drogas psicotrópicas como único tratamiento posible ha tenido en la gestión de los sufrimientos de mujeres y hombres, niños y niñas, generalizando las respuestas farmacológicas para los más diversos aspectos de la vida y negando o desconsiderando las causas sociales y psicológicas que pueden haber producido esos sufrimientos. El uso de psicofármacos en la infancia como forma de resolver problemas educacionales, situaciones de tristeza o problemas de comportamiento se ha extendido en diferentes clases sociales y en diferentes países del mundo, agravándose cada vez más en las últimas décadas.

En el artículo denominado “El cientismo de la depresión en la infancia y en la adolescencia”, el psiquiatra crítico Sami Timini (2020) alerta sobre lo que considera como un proceso creciente de intervención de saberes expertos en la gestión del desarrollo o crecimiento infantil. Ese proceso llevaría a que los adultos, padres y maestros, que siempre administraron de modo más o menos independiente el cuidado y orientación sobre sus hijos e hijas, hoy se sientan inseguros y necesiten recurrir a una serie de profesionales que les indiquen como deben proceder y qué deben hacer para educarlos. Esos expertos representados por los psiquiatras infantiles, psicopedagogos, neurólogos, entre otros tendrían, de acuerdo con ese discurso, un saber sobre la infancia que podría venir a sustituir la fatigosa tarea educativa tradicionalmente ejercida por padres y madres. Hoy, al mismo tiempo que la función social parental se volvió una experiencia que provoca mucha ansiedad y confusión, podemos observar que delegar el acompañamiento del desarrollo a saberes expertos lleva a millares de niños y niñas a ser medidas, testeadas, clasificadas y juzgadas, fundamentalmente en la escuela, por aquellos que afirman tener un conocimiento científico médicamente fundado sobre el desarrollo de la infancia y de la adolescencia. Sin duda, como afirma Timini: “Hay mucho dinero a ganar con esta ansiedad y con el deseo inevitable que los padres sienten de hacer las cosas ‘mejores’ para sus hijos, y calmar las ansiedades que sienten” (Timini, 2020).

Entre esos saberes expertos la psiquiatría y todas las disciplinas precedidas por el prefijo *neuro*, neuropsiquiatría, neuropedagogía, neuroeducación, entre otras, ocupan un lugar privilegiado. Existe un cierto acuerdo en afirmar que estaríamos aquí frente a discursos científicamente fundados, todos ellos vinculados a investigaciones oriundas del campo de la medicina y de la biología. Se dirá que, por ese motivo, los expertos y expertas estarían habilitados para realizar observaciones, test,

clasificaciones y para definir terapéuticas psicofarmacológicas, teniendo como base criterios epistemológicamente sólidos y objetivos sobre cómo el desarrollo infantil “normal” debe ser.

Estos argumentos parecen olvidar que existe una larga historia de crítica a la psiquiatría biológica, destacando los vínculos débiles que ese saber mantiene con los métodos, procedimientos y conocimientos biológicos y médicos. La tradición de crítica a la psiquiatría biológica tiene su inicio en la década de 1970, con el surgimiento de la antipsiquiatría defendida por autores como Franco Basaglia, Thomas Szasz, Erik Goffman y Michel Foucault. Esa crítica hoy regresa, muchas veces recuperando los argumentos de la antipsiquiatría clásica, otras veces diferenciándose y distanciándose de esos argumentos, pero siempre mostrando la fragilidad epistemológica del saber psiquiátrico y sus estrechos vínculos con la implantación de estrategias de poder y dominación. Un conjunto de intervenciones que parecen ser más próximas a las sentencias judiciales y a la represión policial que a las intervenciones médicas que cuentan con terapéuticas efectivas.

Para entender el alcance y la importancia de la psiquiatría crítica actual es necesario recordar de qué modo fue realizada la crítica al saber psiquiátrico en la década de 1970. En ese momento Foucault enunciaba una pregunta que continúa siendo hoy absolutamente pertinente:

¿Acaso el poder psiquiátrico no es más poderoso cuando se hace más insidioso? Es decir, cuando se encuentra fuera de su lugar de nacimiento (el asilo), cuando funciona en todas partes. El psiquiatra en la escuela [...], en los problemas sexuales de los adolescentes, cuando un joven comete un acto delictivo. [...] En otras palabras: la psiquiatría como una herramienta general para la sujeción y la estandarización de los individuos. (Foucault, 1994, p. 793)

Lamentablemente, las duras críticas de la antipsiquiatría de los años setenta y los años ochenta no tuvieron el efecto esperado. Al contrario, como respuesta a sus críticos la psiquiatría inició un proceso que acabaría fortaleciendo y volviendo aún más duras y rígidas las posiciones defendidas por la comunidad de las y los psiquiatras. Esto ocurrió cuando, en el año 1980, la Asociación de Psiquiatras Americanos publicó la tercera edición del Manual de Diagnósticos, conocido como DSM-3, excluyendo cualquier abordaje psicoanalítico y definiendo una clasificación por síntomas muy fácilmente aplicable, que se difundió rápidamente entre psiquiatras, médicas y médicos de diferentes países del mundo.

De ese modo, los críticos a la psiquiatría biológica fueron desestimados, por más de 50 años, considerados como negacionistas, relativistas, negadores de la ciencia y otros rótulos semejantes. Mientras tanto, la psiquiatría biológica continuó reforzando sus argumentos, ampliando la divulgación de diagnósticos, actualizando las diferentes versiones de sus manuales, y estableciendo alianzas, cada vez más sólidas, con la industria farmacéutica. De hecho, desde Kraepelin hasta hoy, la psiquiatría se ha encargado de repetir el mismo argumento para legitimarse como saber y como práctica. Una y otra vez repetirá que aun cuando, hasta el momento, no han podido

ser claramente identificadas las bases biológicas, cerebrales, genéticas o neuroquímicas de las patologías mentales, las investigaciones están en el camino correcto y pronto se descubrirán las respuestas para ese enigma y serán descubiertas las bases biológicas y cerebrales de nuestros sufrimientos psíquicos.

Actualmente es cada vez más amplia la presencia de psiquiatras críticos de ese modelo hegemónico, figuras como Sami Timimi, Peter Breging, Joana Moncrieff, entre otros, presentan argumentos contundentes, vinculados a su práctica concreta, que ayudan a reforzar las críticas que ya habían sido realizadas por autores provenientes del campo de las ciencias sociales y por activistas en primera persona que relatan sus experiencias con el encierro en el manicomio o con las drogas prescritas por los psiquiatras. La psiquiatría crítica actual nos permite desmontar las dificultades epistemológicas inherentes al campo de la psiquiatría y su impacto en los procesos de medicamentación de la vida, que afecta directamente la existencia de muchos adultos y adultas, y el pleno desenvolvimiento de la infancia.

El modelo centrado en la enfermedad

Para entender las críticas hoy dirigidas a la psiquiatría biológica y a la creciente medicamentación de comportamientos y sufrimientos, analizo dos modelos explicativos de acción de las drogas psiquiátricas identificados por Joanna Moncrieff (2008). Esas dos estrategias explicativas son: el modelo centrado en la enfermedad y el modelo centrado en la droga.

El primer modelo parte de la identificación de la psiquiatría con la medicina general, supone la existencia de una enfermedad biológica, una alteración orgánica que los fármacos podrían revertir, sea completamente o anulando la constelación de síntomas que la definen. De acuerdo con ese modelo, los psicofármacos tienen una forma de acción idéntica a otros medicamentos, cuya función sería, como ocurre con los antibióticos, revertir las causas orgánicas de la enfermedad, o, como ocurre con los analgésicos, controlar los síntomas de una alteración orgánica.

En el caso de los psicofármacos, ese modelo afirma que las drogas tendrían la función de restablecer el equilibrio neuroquímico que se encuentra alterado en diversos trastornos psiquiátricos. Es por esa razón que, cuando en 1954 apareció la clorpromazina, considerada como la primera droga psiquiátrica eficaz, diferentes psiquiatras establecieron una analogía entre esa sustancia y la penicilina. Esa analogía fue sustituida hoy por otra, que es mucho más repetida: la identificación entre la acción de los psicofármacos y la insulina. Aquí ya no se hace referencia a una enfermedad infecciosa que puede ser curada, sino a una enfermedad como la diabetes, considerada crónica y que exige un tratamiento continuo.

Un ejemplo que los psiquiatras suelen citar en un esfuerzo para reforzar el modelo centrado en la enfermedad es el uso de insulina para la diabetes. Al sustituir la dificultad del cuerpo de producir la hormona de la insulina, la terapia con insulina de sustitución ayuda a restablecer el cuerpo para su estado

normal. Aun los tratamientos sintomáticos, como los analgésicos, actúan centrados en la enfermedad, porque producen sus efectos neutralizando algunos de los procesos fisiológicos que producen el dolor. (Moncrieff, 2013a)

De acuerdo con ese modelo, los psicofármacos actuarían equilibrando un sistema nervioso enfermo o anormal. Así, los efectos deseados de los psicofármacos son aquellos que revierten el proceso de la enfermedad y sus síntomas manifiestos. Son considerados como efectos secundarios, colaterales e indeseados, los efectos producidos por el fármaco que no están directamente vinculados a la desaparición de los síntomas, por ejemplo, lentitud psicomotora, confusión mental, insomnio, aumento de apetito y de peso, entre otros.

Sin embargo, las bases epistemológicas de ese modelo explicativo centrado en la enfermedad son extremadamente débiles. Eso ocurre porque no existen estudios científicos confiables que nos permitan entender las causas neuroquímicas o genéticas de las enfermedades psiquiátricas. No conocemos las redes causales que explicarían cuáles son las alteraciones cerebrales o los desequilibrios neuroquímicos que constituyen la etiología de las patologías psiquiátricas. No existen estudios de laboratorio con modelos animales que puedan ser considerados conclusivos, no existen imágenes cerebrales ni estudios comparativos que indiquen una diferencia entre el nivel de dopamina de una persona diagnosticada con esquizofrenia y una persona saludable.

Moncrieff opone a ese modelo, que clásicamente define el uso de fármacos en diferentes áreas de la medicina general, otro abordaje al que denomina “modelo centrado en las drogas”. Se trata de un modelo que se aplica exclusivamente a los psicofármacos, pues no puede ser transpuesto para los medicamentos utilizados en otros campos de la medicina. De acuerdo con este modelo las drogas psiquiátricas, lejos de corregir un estado anormal o restablecer un equilibrio neuroquímico perdido, tienen la función de inducir alteraciones cerebrales, produciendo un estado anormal o alterado. Para Moncrieff las drogas psiquiátricas tienen un modo de acción basado en la intoxicación cerebral, del mismo modo que ocurre con otras sustancias psicoactivas, como el alcohol, la heroína, el opio u otras drogas de uso recreativo. En ese modelo no existe referencia a una enfermedad específica, ni a un conjunto de síntomas, porque esas drogas tienen una acción semejante para cualquier persona consumidora, independientemente de que tenga o no un diagnóstico psiquiátrico.

Eso es lo que ocurre, por ejemplo, con estimulantes como la Ritalina. El modelo centrado en la enfermedad afirma que el metilfenidato puede restablecer un equilibrio neuroquímico, que sería la causa hipotética del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Sin embargo, es posible observar que esa droga actúa del mismo modo y tiene los mismos efectos, tanto en niños, niñas y adolescentes diagnosticados con trastorno de déficit de atención e hiperactividad, como en aquellos que no tienen ningún diagnóstico y simplemente quieren aumentar su poder de concentración, por ejemplo, antes de un examen.

Los psicofármacos son sustancias psicoactivas que actúan modificando el funcionamiento cerebral, produciendo alteraciones de comportamiento, intelectuales

y afectivas. Cada una de esas sustancias psicoactivas tendrá un efecto diferente, del mismo modo que no son idénticos los efectos provocados por el consumo de diferentes drogas recreativas, tales como el alcohol, la cocaína o la marihuana. Algunos efectos serán considerados benéficos para las personas que consumen esas drogas, auxiliándolos a relajarse, a concentrarse, o a sentirse más activos y estimulados. Para muchos, esos efectos benéficos son superiores a los efectos colaterales o negativos que esas drogas producen. Por ese motivo, Joanna Moncrieff argumenta que, si nos situamos en el modelo centrado en las drogas, podremos decir que los efectos psicoactivos producidos por algunas drogas pueden ser terapéuticamente útiles en ciertas situaciones.

Lo que Moncrieff propone con esa distinción, aparentemente simple, no es otra cosa que una invitación a “hablar claro”, a reconocer lo que efectivamente ocurre en el campo de la psicofarmacología. Si el modelo centrado en la enfermedad, que es hegemónico en la psiquiatría biológica, parece haber fracasado es porque, hasta hoy, no fue posible identificar la etiología de las psicosis ni de otros trastornos psiquiátricos. Aun así, los defensores y propagadores del modelo centrado en la enfermedad insisten en afirmar que los psicofármacos son eficientes para tratar patologías mentales, para restituir la normalidad perdida o para reequilibrar alteraciones neuroquímicas. Al contrario, atreverse a hablar de las drogas psiquiátricas desde el efecto que ellas provocan en los usuarios significa reconocer que la prescripción de psicofármacos encuentra su fundamento en los efectos que el fármaco produce, y no en la capacidad de revertir un estado patológico. Dicho de otro modo, eso significa afirmar que los psicofármacos son más próximos de las drogas de consumo social o lúdico, como el alcohol, que, de medicamentos como la insulina, la penicilina o la Aspirina.

Aunque el alcohol pueda operar como una sustancia que neutraliza la inhibición y permite una interacción social más fluida en determinados ámbitos y contextos, no es posible entender su acción desde el modelo centrado en la enfermedad. Nadie imaginará que la así llamada “fobia social” o las dificultades de interacción en un evento social, para las cuales el alcohol puede ser un excelente auxiliar, se deba a que esa sustancia permita corregir un déficit de alcohol en el cerebro o restaurar un equilibrio químico alterado. Sin embargo, si adoptamos el modelo centrado en el fármaco, es posible explicar la acción de esa sustancia, ya no desde un desequilibrio restaurado, sino a partir de la idea de que el alcohol provoca una ligera intoxicación, por la cual nos sentimos más ligeros y alegres, menos inhibidos o retraídos, hechos que facilitan una interacción social más fluida. Moncrieff, sintetiza esos dos modelos explicativos de los efectos provocados por los psicofármacos, como podemos ver en la Tabla 1 a continuación.

En el caso específico de los antipsicóticos, se dirá que ellos bloquean los receptores de neurotransmisores como la dopamina. Diversos autores, entre ellos Joanna

Tabla 1. Modelos de acción farmacológica

Modelo centrado en la enfermedad	Modelo centrado en el fármaco
Los fármacos corrigen un estado anormal del cerebro	Los fármacos crean un estado alterado en el cerebro
Los efectos benéficos de los fármacos derivan de los efectos sobre un supuesto "proceso de enfermedad".	Los efectos inducidos por los fármacos se solapan, se alteran y se superponen a la manifestación de los problemas psiquiátricos.
Ejemplo: la insulina para la diabetes	Ejemplo: el alcohol para la ansiedad social

Fuente: Moncrieff (2013b).

Moncrieff, Sami Timimi, Nikolas Rose o Robert Whitaker, argumentan que la teoría del déficit neuroquímico, que es la teoría más difundida sobre los orígenes de los síntomas y disturbios psiquiátricos tiene, de hecho, escasa base científica como fundamento.

Lo cierto es que la insistencia en el modelo hegemónico de explicación de la acción de los psicofármacos, centrado en la enfermedad, oscurece y silencia esa dimensión de los neurolépticos que solo puede ser descubierta cuando adoptamos una perspectiva centrada en el fármaco. Eso puede llevar a olvidar que la acción de los neurolépticos está indisolublemente vinculada con la apatía, la neutralidad emocional y la reducción de las capacidades mentales, en la medida en la que ellos "actúan como una camisa de fuerza con efectos sobre la conducta y los procesos mentales" (Moncrieff, 2013c, p. 69) produciendo algo semejante a una "desactivación tanto física como mental" (Breggin, 1991).

Considerando esos efectos provocados por los antipsicóticos, propongo analizar de qué modo, a lo largo de esta historia que se inicia en 1954, la industria farmacéutica divulgó la supuesta eficacia terapéutica de los neurolépticos en el campo de la infancia, particularmente cuando analizamos las respuestas farmacológicas dadas a supuestas enfermedades psiquiátricas vinculadas a comportamientos no deseados.

Antipsicóticos y farmacologización de la infancia

Como afirma Phylippe Pignarre (2006), todo el esfuerzo que la industria farmacéutica dedicó, en los últimos 50 años, a los psicofármacos en general y a los antipsicóticos en particular, parece reducirse a encontrar un medicamento con menos efectos colaterales que el medicamento existente en el mercado, eso no significa que ellos sean terapéuticamente más efectivos o menos nocivos que los viejos antipsicóticos descubiertos en la década de 1950, como la clorpromazina.

Cuando observamos los antipsicóticos autorizados en Brasil para uso pediátrico, podemos observar que de acuerdo con la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), existe autorización para uso pediátrico de dos antipsicóticos típicos, o de primera generación, la Clorpromazina y el Haloperidol, y de dos antipsicóticos atípicos, o de segunda generación, Risperidona, y Quetiapina.

Para nuestra sorpresa, y a pesar de todo lo que ya se conoce sobre la clorpromazina, a pesar de haber sido divulgados todos los efectos adversos de la droga a lo largo de más de 70 años; la clorpromazina, particularmente la marca Amplictil, del Laboratorio Sanofi-Aventis, es indicada para uso pediátrico a partir de dos años. Hoy, como cuando la clorpromazina fue descubierta, en 1956, sabemos que permanecen los mismos efectos colaterales: 1) acatisia, esto es, trastornos del movimiento y agitación psicomotora; 2) distonía, esto es, movimientos involuntarios y contracciones musculares; y 3) discinesia tardía, es decir síntomas semejantes a la enfermedad de Parkinson. En el prospecto de Amplictil leemos:

Uso en niños (a partir de dos años) se debe usar el mismo esquema ya citado de aumento gradual de la dosis, siendo comúnmente utilizada una dosis inicial de un mg/kg/día, dividida en dos o tres veces. El total de la dosis diaria no debe exceder 40 mg, en niños menores de cinco años, o 75 mg, en niños mayores de cinco años. (ANVISA, 2018)

Los mismos 40 mg que Delay y Deniker (1952) preconizaban como dosis máxima para pacientes adultos psicóticos internados en asilos, son indicados hoy para niños y niñas de dos a cinco años. Existe un único modo de legitimar esa prescripción: afirmar que ese medicamento es necesario para curar una enfermedad mental existente o para restablecer el equilibrio perdido del sistema cerebral del niño o la niña. Se dirá que el Amplictil sirve para tratamiento de trastornos mentales como psicosis y para tratamiento de diferentes problemas orgánicos (náuseas, agitación, hipos). Aun cuando la explicación para la acción terapéutica del medicamento permanezca ambigua, limitándose a afirmar que la droga actúa sobre el sistema nervioso central. De acuerdo al prospecto del medicamento:

Amplictil tiene como principio activo la clorpromazina, que es un medicamento que actúa en el sistema nervioso central controlando los más variados tipos de excitación. Es, por tanto, de gran valor en el tratamiento de las perturbaciones mentales y emocionales. (ANVISA, 2018)

La amplia variedad de usos posibles para la droga, y la referencia concreta al control de diversos tipos de excitación, parece indicar que no existe ninguna relación terapéutica entre esta droga y una patología determinada. Sin embargo, el modelo de explicación del fármaco centrado en la enfermedad continúa. La funcionalidad de ese modelo parece evidente si nos preguntamos porque motivo niños y niñas de dos a cinco años, o mayores de cinco años, pueden ser tratadas con clorpromazina. Hoy no parece razonable tratar niños y niñas con hipo o vómitos con antipsicóticos, como ocurría en la década de 1960, pero tampoco parece ser razonable medicar una niña o un niño en la primera infancia con antipsicóticos aduciendo la existencia de un supuesto trastorno mental grave y desconsiderando las graves consecuencias implicadas en el uso de esa medicación.

Se dirá que de hecho este es un medicamento poco utilizado en pediatría y neuropsiquiatría, porque sus efectos colaterales ya son bien conocidos. También que los antipsicóticos clásicos o típicos, como el Ampectil fueron sustituidos por nuevos antipsicóticos, de última generación, llamados antipsicóticos atípicos. Sin embargo, de acuerdo a los trabajos realizados por Gotszche (2016), Whitaker (2017), Moncrieff (2017), entre otros, todo parece indicar que los antipsicóticos atípicos también producen severos daños en el organismo de los niños y niñas, daños que superan los beneficios alegados (Gotszche, 2016).

Así, aunque los antipsicóticos clásicos son poco utilizados en niños, niñas y adolescentes, eso no es lo que ocurre con los antipsicóticos atípicos ampliamente utilizados para uso pediátrico, como es el caso de la risperidona, cuya marca comercial es Risperidal, del laboratorio Janssen.

Una droga para controlar las conductas

La risperidona es una medicación muy utilizada en Brasil y en otros países del mundo en el campo de la infancia. Esa droga se indica para niños y niñas con autismo, agitación, hiperactividad y también para niños y adolescentes que reciben el diagnóstico de trastorno opositor desafiante (TOD). Se trata de un trastorno extremadamente ambiguo, que, en verdad hace referencia a un conjunto de conductas socialmente indeseadas, como la no aceptación de figuras de autoridad, comportamientos hostiles o desafiantes. Esos comportamientos, aunque puedan ser inconvenientes y fatigantes, no constituyen síntomas de ninguna patología psiquiátrica.

A partir de la década de 1980, fueron cada vez mayores las críticas y los estudios que mostraban la poca eficacia de los antipsicóticos clásicos, como la clorpromazina, para la cura, o mejor, para el control de los síntomas de los trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia. En ese contexto, antipsicóticos con menos efectos colaterales que los anteriores aparecían como una opción promisoriosa frente a los problemas presentados por los medicamentos clásicos. Así, de acuerdo con Whitaker, a lo largo de la década de 1980:

Los investigadores empezaron a admitir que los neurolepticos no controlaban las alucinaciones muy bien. Dos tercios de todos los pacientes medicados presentaban síntomas psicóticos persistentes un año después del primero brote psicótico. Un 30% de los pacientes no responden a las drogas, una tasa de *no respuesta* que —hasta la década de 1980— casi nunca había sido mencionada. Varios estudios sugieren que ese número del 30% podría ser muy bajo, y que hasta dos tercios de todos los pacientes psicóticos podrían ser considerados *no respondedores* a los neurolepticos. Quizá la confesión más reveladora de todas haya venido de los científicos del NIMH [National Institute of Mental Health]: “Nuestra experiencia clínica es que, aunque la intensidad del disturbo del pensamiento pueda disminuir con el tratamiento

con medicamentos, el disturbo de pensamiento no es alterado". (Whitaker, 2010, p. 480)

Los efectos colaterales graves provocados por los neurolepticos eran cada vez más divulgados. Inicialmente, la solución inmediata de la industria farmacéutica fue producir nuevas drogas para controlar los efectos adversos de los neurolepticos, como podemos observar en esta publicidad en la que Cogentil, una droga utilizada hasta hoy es presentada como la solución para controlar los tres síntomas extrapiramidales de la Thorazine: acatisia, distonía y acinesia (Figura 1).

for the
triple threats
of extrapyramidal symptoms caused by phenothiazines

akathisia dystonia akinesia

for extrapyramidal symptoms caused by phenothiazines
COGENTIN (BENZTRPINE MESYLATE) (MSD)

TABLETS: 0.5 mg, 1 mg, and 2 mg
INJECTION: 2 mg/ml

COGENTIN MESYLATE
(BENZTRPINE MESYLATE) (MSD)

The pattern of extrapyramidal signs in the "triple threat" syndrome is characteristic of the drug. Many possible extrapyramidal side effects, among those which may appear are the motor disturbances—akathisia, dystonia, or akinesia. COGENTIN (Benztrpine Mesylate) is indicated for the relief of these extrapyramidal symptoms. It may relieve these and other troublesome extrapyramidal side effects such as: bruxism, or started speech, fine tremor, or slight drooping.

In patients with mental disorders, occasionally there may be intensification of mental symptoms when COGENTIN Mesylate is used to treat side effects of phenothiazine derivatives and response to such cases, at times, increased risk of an arrhythmia. Other drugs can precipitate a toxic psychosis. Since COGENTIN Mesylate has cumulative action, continued supervision is advisable.

For additional prescribing information, please see facing page.

MSD MERCK SHARP & DOHME

Figura 1. Publicidad de Cogentil, Lab. Merck, 1966-1972.

Fuente: ProCon.org, 2020.

Más tarde, la respuesta a los problemas presentados por los neurolepticos parecía venir de la mano de los antipsicóticos atípicos. La psiquiatría afirmaba que *“las drogas anteriores eran benéficas, pero problemáticas; las nuevas drogas representaban un avance con relación a las anteriores”*. Entre los antipsicóticos atípicos, la risperidona tuvo un enorme éxito de ventas presentado como un nuevo antipsicótico potente, pero que no tenía los efectos indeseados de los antipsicóticos clásicos.

La risperidona es un producto del laboratorio Janssen, luego adquirido por el laboratorio Johnson & Johnson. Fue descubierta en Bélgica al final de la década de 1980 por Paul Janssen y sus colaboradores. En 1986, la droga fue presentada a la Food and Drug Administration (FDA), y fue aprobada para la venta en los EEUU en 1993. Inicialmente esa droga estaba destinada al tratamiento de esquizofrenia y psicosis, poco más tarde, en 2007, la droga fue aprobada para uso en adolescentes. Sin

embargo, el Risperdal ya era ampliamente comercializado y prescrito para niños, niñas y adolescentes antes de ser aprobado para ese uso por la Food and Drug Administration. En 1989, con dos años en el mercado, la risperidona ya pasaba a responder por un quinto de las prescripciones de antipsicóticos en EEUU, una tendencia que continuó creciendo posteriormente (Whitaker, 2010).

Esta droga es divulgada y prescrita inicialmente para tratamiento de problemas psicóticos, más tarde para trastornos del espectro autista y por último, para los llamados disturbios comunes de la infancia, tales como trastorno del déficit de atención con hiperactividad; trastorno opositor desafiante; trastorno obsesivo-compulsivo y autismo.

En Brasil, la risperidona fue aprobada para uso infantil en 2014, inicialmente para niños y niñas con autismo. Más tarde pasó a ser prescrita de manera amplia para adolescentes diagnosticados con trastorno opositor desafiante (TOD). Un diagnóstico atribuido que está siendo dado para niñas y niños cada vez más pequeños. Algunas veces aparece como diagnóstico único y otras veces como una comorbilidad asociada al autismo o al trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Lo cierto es que, con el aumento de casos que ingresaron al amplio campo delimitado por el trastorno del espectro autista, hoy la risperidona es prescrita en la primera infancia a niñas y niños de dos años o menores, independientemente del hecho que, como el propio prospecto del medicamento lo admite: “No existen estudios sobre el uso de risperidona en niños menores de 13 años de edad” (ANVISA, 2018).

La risperidona es también utilizada para niñas y niños diagnosticados con trastorno de déficit de atención e hiperactividad, como un auxiliar del tratamiento. Sabemos que en Brasil y en el mundo en los últimos 20 años asistimos a un crecimiento dramático de niños y niñas diagnosticados con trastorno de déficit de atención con hiperactividad, existe un medicamento de uso generalizado para ese diagnóstico que es la Ritalina, cuyo principio activo es el metilfenidato. Un estudio realizado en 2017, a partir del análisis de prontuarios de niños, niñas y adolescentes de un servicio de salud mental de São Paulo, denominado “*A infância na berlinda: Sobre rotulações diagnósticas e a banalização da prescrição de psicofármacos*”, las autoras, Vizotto & Ferraza (2017), muestran que existen diversos casos en que los niños recibieron dos medicamentos asociados, risperidona y Ritalina, aun cuando un 20% de esos niños no tuvieron ningún diagnóstico definido.

El uso de la medicación sin tener como referencia un diagnóstico, no parece ser extraño cuando pensamos a partir del modelo centrado en la droga y consideramos que la risperidona es un potente sedante, un tranquilizador mayor. Al contrario, el prospecto de la droga, afirma, siguiendo el modelo de la droga centrado en la enfermedad, que se trata de un medicamento destinado al tratamiento de trastornos mentales variados como esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar. También es indicada para personas de la tercera edad para tratamiento de Alzheimer, el prospecto afirma que es eficaz también para tratamiento de niñas y niños agitados, inquietos y autistas:

Puede ser usada para el tratamiento de irritabilidad asociada al trastorno autista, en niños y adolescentes, incluyendo desde síntomas de agresividad

hasta otros, como autoagresión deliberada, crisis de rabia y angustia y cambio rápido de humor. (ANVISA, 2018)

Esta droga potente es muy utilizada también para tratamiento de dependientes químicos de crack y cocaína (Rodrigues, 2014). No deja de sorprender que un mismo medicamento pueda servir al mismo tiempo para tratar Alzheimer, niños y niñas con autismo, dependientes químicos, personas con trastorno bipolar, manía, esquizofrenia y también niñas y niños que se oponen y desafían las autoridades.

En ese contexto puede ser interesante desviar la mirada para la definición de un diagnóstico ambiguo como el trastorno opositor y preguntarnos: ¿Por qué motivo una niña o un niño agresivo, con comportamiento irritado, con crisis de rabia e irritación —características que no pueden ser identificadas con ninguna patología— recibe un antipsicótico poderoso, un sedante con efectos colaterales graves como la risperidona?

Está claro que la literatura médica no hablará de control de comportamientos, sino de efecto terapéutico. No habla de niñas y niños agresivos, sino de niños y niñas portadores de un trastorno. Esto es, la eficacia de la risperidona no será presentada bajo el modelo centrado en la droga, sino como un medicamento capaz de curar una enfermedad, ocultándose así su poderosa acción tranquilizante. Ese modelo permitió, por ejemplo, que la risperidona para tratamiento de trastorno opositor desafiante, ingrese a la red pública y gratuita de distribución de medicamentos, con protocolos específicos en algunas ciudades de Brasil.

Pero, veamos cuales son los síntomas considerados para diagnosticar el trastorno opositor desafiante (TOD), cuyo código en el DSM-5 es 313.81, y en Cid-9, F91.3. De acuerdo con el DSM-5, es necesario que existan por lo menos cuatro entre estos ocho síntomas que se presentan divididos en tres grupos (APA, 2013, p. 462):

Humor rabioso/irritable:

- 1) Con frecuencia pierde la calma.
- 2) Con frecuencia es sensible o fácilmente desacomodado.
- 3) Con frecuencia es rabioso y resentido.

Comportamiento cuestionador/desafiante:

- 4) Frecuentemente cuestiona figuras de autoridad o, en el caso de niños y adolescentes, adultos.
- 5) Frecuentemente desafía o se recusa a obedecer reglas o pedidos de figuras de autoridad.
- 6) Frecuentemente se enoja deliberadamente otras personas.
- 7) Frecuentemente culpa otros por sus errores.

Índole vengativa:

- 8) Fue malvado o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

Nada indica la existencia de algún tipo de enfermedad, nada indica que niñas y niños inquietos, que pierden la calma o cuestionan figuras de autoridad tengan alguna patología psiquiátrica, nada indica que sea necesario restablecer un equilibrio neuroquímico alterado con el uso de un psicofármaco potente como la risperidona. Esto es, se utiliza una droga poderosa con el argumento de ser la terapéutica indicada para una patología inexistente, aun cuando sea enorme el precio que las niñas y niños tratados deben pagar por los efectos adversos de esa medicación.

Desde el inicio, los fabricantes del laboratorio Janssen sabían que la droga presentaba serios riesgos para la salud de los niños, tal como lo reconocen en su informe de 2003 referido al uso pediátrico de la risperidona: “su seguridad y eficacia en niños no fue demostrada” (Janssen, 2003). Los efectos colaterales identificados por el laboratorio son discinesia tardía en un grado menor que los antipsicóticos clásicos, efectos cardiovasculares adversos, hipoglicemia y diabetes, convulsiones e hiperprolactinemia, entre otros síntomas, como el cambio de coloración de la piel (ictericia). Por otra parte, como afirma Christopher Lane, diversos estudios recientes muestran que la risperidona, como otros antipsicóticos, deben ser evitados en el campo de la pediatría porque aumentan el riesgo de muerte en niños y jóvenes de cinco a 20 años (Lane, 2018).

Independientemente de ese reconocimiento y de las advertencias reiteradas de la Food and Drug Administration (FDA), la empresa continuó comercializando el medicamento para niños, niñas y adolescentes. Como respuesta a una serie de demandas recibidas, la empresa Johnson & Johnson fue obligada a pagar US\$ 2 mil millones en multas (Mais de mil, 2015). Un valor poco significativo si consideramos que la empresa logró una ganancia de casi US\$ 30 mil millones, en el mismo periodo, con las ventas de la droga. Esta droga:

Puede causar derrames entre las personas de edad. Puede hacer crecer senos en niños; un niño desarrolló un busto 46. Sin embargo, Johnson & Johnson comercializó el risperdal agresivamente a ancianos y niños, mientras supuestamente manejaba y ocultaba los datos sobre el crecimiento de las mamas. Johnson & Johnson fue declarada culpable de un crimen y pagó más de US\$ 2 mil millones en multas y acuerdos. Pero esa suma poco representa al lado de los cerca de US\$ 30 mil millones en ventas de risperdal en todo el mundo. En suma, el crimen compensa, si usted es una gran corporación. (Kristof, 2015)

En el informe anual de la compañía Johnson & Johnson de 2017, aparece de forma evidente la relevancia de los psicofármacos de Janssen para la empresa, del total de 36,3 mil millones de dólares de venta (lo que representa un aumento del 8,3% con relación a 2016), la rúbrica de los psicofármacos representa un total de 6 mil millones de dólares (Johnson & Johnson, 2017), un montante semejante a las ganancias logradas con medicamentos oncológicos. Los psicofármacos que presentan récord

de ventas son de tres tipos: nuevos antipsicóticos, y dos medicamentos fuertemente prescritos en niños indisciplinados, con dificultad de aprendizaje o con problemas de comportamiento: Concerta (metilfenidato) y risperidona.

Hubo una disminución de las ventas entre los años 2015 y 2017, sin dudas vinculada a la amplia divulgación que tuvieron los procesos jurídicos ganados por los pacientes que se sintieron lesionados por la droga. Los procesos más famosos y millonarios están vinculados a la hiperprolactinemia provocada en hombres o jóvenes. Sin embargo, como afirma el informe, las pérdidas fueron muy bien compensadas con el aumento de ventas de los otros antipsicóticos.

Este anuncio publicitario muestra la existencia de un mercado paralelo de soporte legal para familiares de niños que sufrieron el efecto colateral de la hiperprolactinemia, esto es, el crecimiento de pechos y la producción de leche, en niños (Figura 2).



Figura 2. Publicidad del estudio jurídico Handler, Henning & Rosenberg.

Fuente: Handler, Henning & Rosenberg.

Vemos que, aun cuando la risperidona tiene una acción semejante a la clorpromazina, un tranquilizante que reduce la actividad intelectual y emocional, y, solo en algunos casos, puede reducir las alucinaciones y delirios, se trata de una droga que tiene consecuencias perdurables referidas al aumento de la cronicidad, al deterioro funcional, a la degradación cognitiva y a la aparición de enfermedades físicas evitables vinculadas al aumento de peso, diabetes, hipertensión, etcétera (Freitas & Amarante, 2015; Whitaker, 2015). Así, tanto en relación a la clorpromazina como con la risperidona, cuando analizamos esas drogas desde una perspectiva centrada en el fármaco, podemos concluir que, lejos de tener un efecto terapéutico de cura

o mejoría de síntomas, lo que puede ser observada es la multiplicación de nuevos síntomas, siempre que exista un uso continuo de la medicación. De acuerdo con un artículo publicado en *Schizophrenia Bulletin*, referenciado por Whitaker:

A largo plazo, el bloqueo del receptor D2 desestimula la reacción frente a todos los acontecimientos de la vida cotidiana, provocando una anhedonia química que se rotula a veces como depresión pospsicótica o disforia neuroléptica [...] ¿Liberamos a los pacientes del manicomio con agentes bloqueadores del receptor D2 solo para bloquear el incentivo, la conexión con el mundo y la *joie de vivre* la vida diaria? La medicación puede salvar la vida del paciente en una crisis, pero puede hacerlo más propenso a psicosis si la medicación es retirada, y más acosado por el déficit si se mantiene la medicación. (Whitaker, 2015, p. 138)

Ese parece ser el alto precio a pagar para que los neurolépticos sean considerados como terapéuticamente eficaces. Se puede decir que, tanto en el caso de la clorpromazina como en el de la risperidona, lo que se evalúa como eficacia terapéutica no es otra cosa que la imposición de la calma, del silencio, de la disciplina, sea adentro de las salas de pacientes agitados en el manicomio, sea en la sala de clase o en el cotidiano de niñas y niños agitados e indisciplinados.

Para concluir

Podemos recordar que, en el mes de octubre de 2019, la corte de Filadelfia obligó a Johnson & Johnson a pagar la suma de 8.000 millones de dólares a un joven de 26 años, Nicholas Murray, que sufrió los efectos adversos de la risperidona. El uso de esta droga resultó en un problema de ginecomastia, una condición masculina resultante de la hipertrofia de las glándulas mamarias. Murray había iniciado el tratamiento en el año 2003, cuando tenía diez años.

Si dejamos de pensar los neurolépticos de acuerdo con el modelo centrado en la enfermedad, podemos afirmar que tanto la clorpromazina como la risperidona forman parte de los dispositivos biopolíticos de gestión de los comportamientos cotidianos considerados socialmente indeseados. Tal como afirman Moncrieff y Rose, refiriéndose al mito del desequilibrio cerebral, muchos profesionales y pacientes consideran como una evidencia y están falsamente convencidos de que el desequilibrio neuroquímico es lo que provoca el sufrimiento mental. Sin embargo, no solo están ausentes las evidencias de que exista una base biológica definida para cada trastorno psiquiátrico, sino que también hoy sabemos de qué modo las drogas alteran y afectan el cerebro. La psiquiatría y la industria farmacéutica se encargaron de redefinir esos daños cerebrales (*brain injury*) provocados por los psicofármacos, como un efecto terapéutico deseado.

Los antipsicóticos aquí analizados presentan un buen ejemplo del modo como opera la industria farmacéutica en el aumento de las tasas de trastornos mentales en

la población, en ese caso transformando en patológicos comportamientos comunes en la sociedad, cómo perder la calma, sentir rabia, irritación, resistirse a aceptar órdenes de autoridades, y en el caso de los niños y niñas desconsiderar la autoridad de las personas adultas. El *Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales* (DSM), transformó esos comportamientos en síntomas psiquiátricos de un diagnóstico ambiguo como el trastorno opositor desafiante. La industria farmacéutica, a su vez, se encargó de difundir y popularizar ese y otros diagnósticos por la mediación de estrategias de auxilio a investigadores, financiamientos de estudios, divulgación en congresos médicos, y un inmenso aparato de publicidad directa e indirecta.

De hecho, la industria farmacéutica ocupa solo una parte de ese complejo tejido de la psiquiatrización de la infancia. Pues, para que la prescripción de antipsicóticos con efectos adversos graves pudiera ser aceptable y legítima, fue preciso que, inicialmente, las categorías propuestas por el *Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales* conquistaran cierta respetabilidad, aceptación y reconocimiento como estrategia unificadora de definición de diagnósticos en todo el mundo. A partir de ese momento los psicofármacos podrían ser prescritos, difundidos y divulgados a partir del modelo centrado en la enfermedad. Idealmente, esto representaría la prescripción de un psicofármaco para cada diagnóstico psiquiátrico, reproduciendo el modelo médico de las terapéuticas farmacológicas específicas para cada enfermedad. Esa estrategia de identificación con la medicina general ha llevado a multiplicar diagnósticos psiquiátricos en la infancia y respuestas psicofarmacológicas, desconsiderando la multiplicidad de determinantes sociales y psicológicos que pueden provocar sufrimientos psíquicos y cambios de comportamiento en los niños. Hechos sociales tan variados como la discriminación, el acoso sexual o moral, el racismo o las situaciones de *bullying* deben ser reconocidos y combatidos, integrados a un nuevo modo de entender el sufrimiento psíquico, superador del modelo biológico hegemónico, tal como lo proponen, no solo diversos psiquiatras críticos, sino también el informe de la OMS para salud mental publicado en 2021.

Entender a los antipsicóticos desde el modelo centrado en la droga, considerando sus efectos tranquilizantes, calmantes y sedantes, puede auxiliarnos a repensar el lugar social que ocupa la medicalización de la infancia como estrategia de silenciamiento de los contextos sociales adversos que provocaron el sufrimiento.

Bibliografía

- Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). (2015). Mais de mil meninos tiveram seus seios crescidos, causa provável a risperidona. *Abrasme Notícias*, 2 de febrero de 2015, p. 1-2. Recuperado de: <https://bit.ly/3qziv6U>.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (2018). *Bula Amplictil*, p. 1-8. Recuperado de: <http://www.saudedireta.com.br/catinc/drugs/bulas/amplictil.pdf>.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington: APA.
- Breggin, P. (1991). *Toxic Psychiatry*. New York: St. Martin's Press.

- Delay, J.; Deniker, P. (1952). Utilisation en therapeutique psychiatrique d'une phenithiazine d'action centrale élective (4560 RP). *Annales Médico-Psychologiques*, v. 110, n. 2, p. 112-131.
- Foucault, M. (1994). Radioscopie de Foucault. En: *Ditos e Escritos II*. Paris: Gallimard. p. 783-802.
- Freitas, F.; Amarante, P. (2015). *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Gotszche, P. (2016). *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. México: Los Libros del Lince.
- Janssen. (2003). Risperidal Products. Recuperado de: <https://bit.ly/32ctip8>.
- Johnson & Johnson. (2017). *Annual Report 2017*. Recuperado de: <https://bit.ly/3mdrhzO>
- Kristof, N. (2015). When Crime Pays: J&J's Drug Risperdal. *New York Times*, September 17 2015, p. 1-3. Recuperado de: <https://nyti.ms/3yFr91m>
- Lane, C. (2018). Antipsychotics Tied to Higher Risk of Death in Children. *Psychopharmacology. Psychology Today*, December 28 2018. Recuperado de: <https://bit.ly/3GQB0cc>.
- Moncrieff, J. (2008). *The Myth of the Chemical Cure*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- Moncrieff, J. (2013a). *The Bitterest Pills: The Troubling Story of Antipsychotic Drugs*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Moncrieff, J. (2013b). *Models of Drug Action*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/57a8xfhf>.
- Moncrieff, J. (2013c). *Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder.
- Moncrieff, J. (2017). Las incómodas verdades acerca de los antipsicóticos: Una respuesta a Goff *et al. Mad in América*, 7 de mayo de 2017. Recuperado de: <https://bit.ly/3GL67RE>.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos: resumen*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341641>.
- Pignarre, P. (2006). *Les malheurs des psys: Psychotropes et médicalisation du social*. Paris: La Découverte.
- ProCon. (2020). *PROCON.ORG. Prescription Drugs Advertising*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/yueeyh3p>.
- Rodrigues, A. (2014). Ministério da Saúde estuda distribuir risperidona a usuários de crack e cocaína. *Agencia Brasil*, p. 1-5.
- Timimi, S. (2020). O cientismo da depressão na infância e entre os adolescentes. *Mad in Brasil: Ciência, Psiquiatria e Justiça Social*, 3 de octubre de 2020. Recuperado de: <https://bit.ly/328vyNX>.
- Vizotto, L. P.; Ferrazza, D. A. (2017). A infância na berlinda: Sobre rotulações diagnósticas e a banalização da prescrição de psicofármacos. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 22, n. 2, p. 214-224. doi: 10.22491/1678-4669.20170022.
- Whitaker, R. (2010). *Mad in America. Bad Science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentallu ill*. New York: Perseus Books Group.
- Whitaker, R. (2015). *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid: Capitan Swing.
- Whitaker, R. (2017). La psiquiatria defiende sus antipsicóticos: Un caso práctico de corrupción institucional. *Mad in (S)pain*, 16 de diciembre de 2017. Recuperado de: <https://bit.ly/3F8wOzn>.



Foto: Lewis Wickes Hine (1874-1940).
Dormitorio de escuela de sordomudos. (Fragmento). Abril 1917.
National Child Labor Committee collection, Library of Congress, Prints and
Photographs Division.

Parte 4

Salud pública, instituciones, discursos y prácticas



Foto: Lewis Wickes Hine (1874-1940).
Dormitorio de escuela de sordomudos. (Fragmento). Abril 1917.
National Child Labor Committee collection, Library of Congress, Prints and
Photographs Division.

Construcciones territoriales y epistemológicas de la salud y el ambiente en retrospectiva

*Marina Laura Lanfranco Vázquez*¹

Introducción

Se ha indagado en el discurso médico decimonónico, su participación protagónica en la construcción del territorio y en la gestación de la ciudad de La Plata, como ciudad capital de provincia que, en el año 1882, dio concreción en el territorio al ideal higiénico urbano de la época (Vallejo, 2007; Vallejo, 2009)².

La Plata, a diferencia de otras ciudades y pueblos de la época, no nació espontáneamente, ni siguió estrictamente la matriz indiana que diera lugar a la forma de establecimiento en el territorio producto de la conquista, respondiendo al sistema jurídico impuesto y que fuera conservado con sus rasgos más notorios³ (Barcos, 2012; Morosi & Vitalone, 1993; Vitalone, 1993; Morosi, 2002).

Si bien La Plata obedeció ideológicamente a satisfacer necesidades asociadas a la higiene pública y privada, podemos observar cómo, desde los orígenes de la ciudad higiénica, se dio nacimiento también a una patología urbana, rural y periférica: la decapitación de suelos y las canteras de extracción de suelo en profundidad a la misma vez, lo que presenta aún graves pasivos ambientales en el territorio (Bozzano, 1991).

Las influencias del poder médico de entonces se han evidenciado en diversos espacios de poder, sobre todo políticos y de gestión pública y coadyuvaron en la toma de decisiones en el emblema urbano de fin de siglo XIX: La Plata.

Pero el cuidado de la naturaleza no era el centro del análisis para los higienistas de la época: lo era la salud.

¹Doctora en Ciencias Jurídicas. Docente e investigadora, Instituto de Cultura Jurídica, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina.

²En este trabajo se retomaron avances realizados en el marco de la elaboración de la tesis doctoral realizada bajo la dirección de Marisa Miranda y Gustavo Vallejo (Lanfranco Vázquez, 2016).

³Según Morosi y Vitalone: “las raíces del modelo indiano se extienden a lo largo de dos milenios, se ha verificado que la influencia de ese modelo tan bien fundado se prolonga en tierras americanas y particularmente en Argentina, por más de cuatro siglos [...] en el caso del urbanismo sus resonancias son perceptibles aún hasta nuestro tiempo” (Morosi & Vitalone, 1993, p. 11). No obstante, estas marcadas influencias, las que se pueden ver incluso en La Plata, también se observan “signos que anuncian el fin del modelo indiano. La idea de ‘progreso’ y la fe ciega en el método científico, características del positivismo decimonónico, difícilmente podían compatibilizarse con el rígido método normativo de la ciudad indiana” (Morosi, 2002, p. 15).

Hacia la década de 1920 y frente a la constatación de la contaminación del Río de La Plata, producto de vertidos cloacales provenientes de Berazategui y de frigoríficos de Berisso (ciudad ribereña, vecina y preexistente a La Plata), se vislumbraba un germen, de “protoconciencia ambiental” en la sociedad (Vallejo, 2009, p. 227).

Por ello, es posible considerar que La Plata ha sido pensada como una propuesta de solución a las problemáticas de higiene urbana de fin de siglo XIX en lo que respecta a su diseño y planificación, pero el lugar de su emplazamiento no ha sido protagonista en tal decisión, con coexistencia y generación de nuevas paradojas higiénicas en la ciudad y en su periferia.

Las epidemias de fin de siglo

El periodo mencionado ha sido, para la historia rioplatense y en términos de salubridad, una época teñida de enfermedades y muerte. Entre las diversas epidemias sufridas por la población de la Ciudad de Buenos Aires se hizo presente la fiebre amarilla, que tuvo su auge en el año 1871, y por su magnitud devastadora fue denominada la “estrella de las epidemias” (Prignano, 2003)⁴.

Guillermo Rawson era por entonces un destacado médico higienista. En sus *Conferencias de Higiene Pública* impartidas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, aseguraba a sus estudiantes que esta enfermedad se había cobrado unas 17.000 vidas⁵. Además de la fiebre amarilla, se dieron varios episodios de cólera, otra enfermedad infectocontagiosa de rápida propagación. El cólera, según Pégola (2006), se hizo presente desde 1865 y más fuertemente en repetidas ocasiones en los años posteriores hasta entrado el siglo XX.

Otras enfermedades azotaron a Buenos Aires. La viruela, una de las más antiguas y lapidarias que trajo consigo la conquista europea y según se ha dicho, “la más terrible” (Recalde citado en Pégola, 2006, p. 64); también la tuberculosis estuvo presente desde 1870 hasta mediados del siglo XX con gran protagonismo: “y en 1928 la tuberculosis figuraba como segunda causa de muerte” (Armus, 2007, p. 24).

Las enfermedades eran moneda corriente en la Buenos Aires de fin de siglo. Entre los años 1872 y 1906, se vivía un crítico y devastador “estado de epidemia perpetua”

⁴Según Prignano, entre el 27 de enero y el 31 de mayo de 1871 “fallecieron 13.725 personas” por esa causa (Prignano, 2003, p. 26) y, según Pégola, “prácticamente medio año [...], le alcanzó a la fiebre amarilla para ocasionar un movimiento demográfico dentro de Buenos Aires, numerosos decesos, el regreso de muchos inmigrantes a su país natal y mostrar la vulnerabilidad de los métodos sanitarios” (Pégola, 2006, p. 72). De allí que se considera que esta enfermedad haya sido un motor de importantes cambios sociales.

⁵Guillermo Rawson (1821-1890) fue una importantísima figura de la ciencia y de la política de su tiempo. Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y fundador de la cátedra de Higiene en la misma casa de estudios. A su vez, tuvo un gran desempeño político en distintos cargos legislativos, así como también en la administración pública como ministro del Interior de la presidencia de Mitre (Morosi, 2001, p. 78).

llevando a casi el 50%, las causas de muerte atribuibles a características infectocontagiosas (Recalde, 1993, p. 22)⁶.

Pero ¿por qué “la gran aldea” se encontraba sacudida por esta cantidad de enfermedades al igual que un maleficio o “castigo de Dios”? (Prignano, 2003, p. 23).

En esos tiempos, la ciencia médica buscaba sus explicaciones en teorías científicas cuya base era la teoría miasmática, la que comenzaba a coexistir con la microbiana. Ambas, al decir de Armus, “compartían y pugnaban entre sí por ser referencia explicativa de los recurrentes azotes epidémicos” (2007, p. 33). Según Caponi (2002), más allá de las abiertas diferencias paradigmáticas, incluso llegarían a complementarse en términos de higiene pública sobre todo en las medidas adoptadas por los higienistas clásicos y sostenidas por los higienistas pasteurianos o “nuevo higienismo” especialmente respecto de las viviendas populares (Caponi, 2002, p. 1666)⁷.

Según Rawson, los miasmas se generaban por la combinación de tres elementos: “materia orgánica, humedad y calórico” (Rawson, 1876, p. 131). Las ideas referidas a la teoría miasmática eran compartidas también por la ciencia médica del Viejo Mundo. En España, el doctor José Varela de Montes publicó un *Ensayo de Antropología o sea Historia Fisiológica del Hombre en sus relaciones con las Ciencias Sociales y especialmente con la Patología y la Higiene*, en el año 1845 y en el tercer tomo, se dedicaba a tratar a la atmósfera. Allí afirmaba:

...mil veces en la atmósfera circula el veneno que mina nuestra existencia; mil veces ella arrastra consigo y transporta de lejanas distancias los tóxicos pestilentes, y otras tantas enmascara bajo el aspecto de pureza los miasmas mortíferos que solo esperan favorablemente momento para devastar las poblaciones, provincias y aun reinos enteros. (Varela de Montes, 1845, p. 105)

Más adelante en su obra, este autor se dedica a describir las “Aplicaciones á la Higiene” (sic) que tiene la atmósfera, y se refiere en uno de los puntos a “...los cuerpos estraños que la atmósfera suele contener, de los miasmas, de la desinfeccion y de los aromas” (sic) (Varela de Montes, 1845, p. 242).

La *Revista Farmacéutica* de 1869 - Suplemento á la Botica para 1870, de los doctores Rogelio Casas de Batista y José de Pontes y Rosales (n. 11) hace referencia al tifus, y su amplio desarrollo en varias provincias de España “...Burgos, Zaragoza, Madrid, Palencia, Zamora y Salamanca” (Casas de Batista & Ponte y Rosales, 1871, p. 55).

⁶Además, en Buenos Aires hubo diversas epidemias de fiebre tifoidea, angina gangrenosa, tifus, escarlatina y sarampión, por esas épocas e incluso con anterioridad (Prignano, 2003). En el libro de Recalde (1993) *Las epidemias de cólera (1856-1985) Salud y Sociedad en la Argentina oligárquica*, se hace un análisis exhaustivo de esta enfermedad y un acercamiento a otras de la época. El autor, elabora un índice de tesis presentadas a la Facultad de Medicina de Buenos Aires sobre distintas “enfermedades pestilenciales” como cólera, fiebre amarilla y peste bubónica (1993, p. 133). El cólera, según Pérgola, se hizo presente levemente en 1865 y más fuertemente en repetidas ocasiones en los periodos comprendidos entre los años: “1867-1869, 1873-1874, 1886-1887, 1894-1895 y en el siglo XX” (2006, p. 65). Véase también Prignano (2003).

⁷En ese sentido resulta interesante observar cómo se asimilan en ese entendimiento “clases pobres y clases peligrosas”; “pobreza e inmoralidad” (Caponi, 2002, p. 1666).

Existían en ese entonces instauradas Juntas Provinciales de Sanidad y por una Orden del Ministerio de la Gobernación, relacionada con “Beneficencia, Sanidad y Establecimientos penales. Negociado 2º” solicitaba:

...se recomiende á los alcaldes el que lleven á cabo bajo su mas estrecha responsabilidad las medidas higiénicas de limpieza y aseo en plazas, calles y casas, en mataderos, almacenes y talleres, el alejamiento de las poblaciones de estercoleros, depósitos de guano y de residuos animales, fábricas de curtidos y otras industrias y artefactos de cuyos materiales y manipulaciones puedan producirse emanaciones de miasmas que contribuyan á sostener los de la epidemia reinante. (sic) (Casas de Batista & Ponte y Rosales, 1871, p. 55)

Jaume Subirá y Nicolau en su obra *La tierra y sus moradores. Conocimientos fundamentales de la Historia Natural con un compendio de Higiene*, del año 1891, hace referencia a la coexistencia entre miasmas y microbios, inclinándose claramente por la primera de ellas⁸.

En un párrafo en el que sugiere el inicio de estudios relativos a la teoría microbiana (aunque se refería luego a los miasmas como explicación de diversos males) pone en duda y menciona que: “A ser ciertas las modernas teorías, causas son del cólera, fiebre amarilla, tífus etcétera, unos microscópicos, pero terribles seres (microbios), que se multiplican rápida y extraordinariamente al penetrar nuestro cuerpo y segregan virus mortal” (sic) (Subirá & Nicolau, 1891, p. 150).

Como puede verse, tanto en Buenos Aires como en España, los higienistas atribuían al pésimo estado de salubridad urbana y a una multiplicidad de factores habitacionales la generación de estas enfermedades infectocontagiosas⁹.

¿Podría pensarse tal vez en un auge tardío de la teoría miasmática en el Río de La Plata? Se ha observado que en Argentina se la siguió utilizando, posiblemente de manera aislada, en algunos fundamentos judiciales en décadas posteriores. Se ha encontrado su enunciación en una sentencia de la Suprema Corte de Justicia de la provincia de Buenos Aires (SCBA) del año 1969 y vuelta a esgrimir en 1981. Esta sentencia versaba sobre las condiciones de insalubridad que la actividad de los hornos de ladrillos ocasionaba en la provincia:

...es notorio que la fabricación de ladrillos en las condiciones tradicionales constituye una industria que extraña peligros y molestias. El estiércol utilizado en la composición del barro amasado para el corte genera *miasmas* y proliferación de insectos, además de las perturbaciones que pueden

⁸Se ha podido acceder a estas fuentes, en el relevamiento y análisis realizado en la Biblioteca del Hospital Real de la Universidad de Granada, en el marco de la estancia de investigación doctoral del programa *Erasmus Mundus Artess* (2012-2013) y en el marco del programa de estancias posdoctorales de la Asociación Universitaria Iberoamericana de Posgrado AUIP (2019).

⁹El higienismo clásico, ha encontrado una relación directa entre condiciones de insalubridad urbana y pobreza y a partir de allí ha propuesto medidas de control social y moralidad que sostuvieron, en épocas posteriores, higienistas “postpasteurianos” (Caponi, 2002, p. 1668).

ocasionar las tareas del pisadero y las periódicas humaredas del horno y el desmonte de las tierras empleadas apareja también problemas urbanísticos y estéticos —y ecológicos, agregó—. (SCBA, 1981)¹⁰

“De los terrenos”¹¹

La tierra: “el *alma mater*, es el laboratorio y el teatro de todas las metamorfosis de la naturaleza, del gran ciclo entre la vida, la muerte y la reproducción” (sic). Junto con el agua y el aire, conformaban un “armonioso y divino terceto”; que comprendía las “maravillas de la creación” (Mallo, 1878, p. 129).

En este contexto de ciencia y religión tan vinculadas, Mallo explicaba generalidades geológicas y geográficas. Describía los beneficios de los vapores acuosos que los vientos traían a estas tierras y las humedecían para posibilitar el crecimiento de la vegetación tan abundante, las que consideraba de una “fertilidad asombrosa” (Mallo, 1878, p. 131).

Luego, Mallo se concentraba en la importancia que el suelo tiene para la higiene pública, especialmente por su facultad de absorción, su relación con el calor y la descomposición de elementos vivos. Clasificaba a las tierras en distintas categorías. Una de estas era la conformada por las tierras humíferas, tierra vegetal o mantillo. Para que las tierras sean productivas debían contar con un mantillo, capa de humus o capa vegetal. A esta capa Mallo la llama “suelo” (la que se extendía entre los 12 a 28 cm), luego denomina otra capa como subsuelo y debajo de ella a las rocas subyacentes (Mallo, 1878, p. 141-143).

Sobre estos terrenos, también la higiene pública ha trabajado afanosamente, con la idea de solucionar los problemas de salud de las poblaciones frente a los inconvenientes que presentaban los lugares donde estas habitaban.

Vuelve a aparecer en Mallo la referencia a la teoría miasmática. La humedad de los suelos, los barros, los pantanos, el calor y la conjunción con elementos vivos en descomposición (animales o vegetales) presentaban un cóctel fatal, de los que emanaban los miasmas mortíferos, y a los que había que hacer frente de la mano de los avances de la ciencia. Y por ello, estaba indicado por la ciencia médica el

¹⁰Esta sentencia resulta a todas luces anacrónica, teniendo en cuenta que unos pocos años después se dictaría la Declaración de Naciones Unidas sobre el medio humano (Estocolmo, 1972), considerada el “hito iniciador” de las teorías sobre la sustentabilidad (Miranda, 2006, p. 240), al dar apertura a la actual era ambiental (Nonna, 2008) y al proponer un “nuevo modelo internacional ambiental” (Drnas de Clément, 2009, p. 10).

¹¹Se reproduce el título con el que Mallo inicia su capítulo “De los terrenos”, en sus conferencias sobre Higiene Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, hacia el año 1876. El doctor Pedro Mallo (1837-1899), fundó la conocida Revista Médico-Quirúrgica. Desempeñó cargos en la Comisión de Higiene de la ciudad de Buenos Aires e impartió clases en la cátedra de Medicina Legal y en la cátedra de Higiene Pública y Privada que fundara Rawson en la Facultad de Buenos Aires (Morosi, 2001, p. 80).

desecamiento de estos terrenos pantanosos o bañados, por la permanente producción de emanaciones palúdicas¹².

Los higienistas de la época atribuían al pésimo estado de salubridad urbana y a una multiplicidad de factores habitacionales y ambientales, la generación de enfermedades infectocontagiosas.

En el año 1871, coincidentemente con el mencionado brote de fiebre amarilla, se dictó una ley sobre “rectificación y limpieza del Riachuelo”, dándose un largo proceso de saneamiento y canalización del río, el que —según Silvestri— pasaba del color rojo al verde según el tipo del desecho que recibía (Silvestri, 2003, p. 161).

No sin resistencia¹³, los saladeros del Riachuelo fueron erradicados, llevándolos a Avellaneda “en la otra margen del río, donde la autoridad era más tolerante” (Valls, 2001, p. 74).

Respecto de los residuos, se dictó en el mismo año en Buenos Aires, una ordenanza donde se disponía su separación en orgánicos e inorgánicos, junto con otra un año posterior, que prohibía tirar aguas en la vía pública “La práctica era que se lo hiciera gritando previamente: Agua va!” (Valls, 2001, p. 75)¹⁴.

La Quema, a la vera del Riachuelo, era el destino final de los residuos de Buenos Aires. Rawson alertaba sobre el peligro para la salud que implicaba el depósito de residuos en La Quema, lugar que consideraba uno de los principales focos infecciosos de la época (Silvestri, 2003).

La falta de asoleamiento y las condiciones de humedad de algunas calles angostas daba como resultado, para Rawson, el origen de enfermedades. Respecto de la altura de los edificios consideraba negativo que estos “sean más altos que el ancho del pavimento; y esta disposición, que actualmente existe en vigencia entre nosotros, debe ser estrictamente cumplida” (sic) (Rawson, 1876, p. 111). Se ha referido incluso a la especulación inmobiliaria, tratando de “insensatos” a aquellos que edificaban ganando terreno sobre la calle, atrayendo con estas obras a la muerte al seno de sus hogares.

Es por demás interesante la mención de Mallo, en sus *Lecciones de Higiene Pública*, sobre la utilización del término compuesto por dos sustantivos “medio ambiente” (Mallo, 1878, p. 84), el que en nuestros días es muy común, pero, tal vez, no lo era en su época.

¹²De allí, el concepto de saneamiento tan difundido en la actualidad, no obstante entrar en conflicto con los ecosistemas de humedales que cien años después de esas máximas que mandaban a desecarlos, los intenta proteger. La Convención sobre Humedales, de importancia internacional, fue celebrada en Ramsar en el año 1971 y constituye una de las primeras normas ambientales de nuestra era. Reconoce que las pérdidas de estos resultan irreparables y solicita a los Estados miembro que indiquen una lista de sitios que consideren de importancia internacional, en especial para la migración y hábitat de especies acuáticas.

¹³La sentencia de la Corte Suprema de Justicia del 14 de mayo de 1887, conocida como “Saladeristas de Barracas”, da cuenta de un antecedente sumamente relevante para la historia ambiental de la Argentina. Un grupo de saladeristas demandó a la provincia de Buenos Aires por la puesta en vigor de una norma provincial (de 6 de septiembre de 1871) que prohibió la actividad en el Riachuelo, solicitando indemnización de daños y perjuicios. Se rechazó la demanda debido a que se entendió que la provincia limitó una actividad en beneficio de la salubridad y de los intereses generales de la comunidad, no afectando el derecho de propiedad, ni derechos adquiridos (Corte Suprema de Justicia de la Nación, 1887).

¹⁴Por esos tiempos, la vía pública era el destino inmediato de diversos tipos de basuras y de aguas sucias.

Consideramos que este constituye un interesante hallazgo, desde el punto de vista del origen del término compuesto, toda vez que existe literatura ambiental o jurídico-ambiental que suele atribuir el comienzo de su utilización a acontecimientos dados por lo menos cien años después. Algunas de esas explicaciones se relacionan con la labor de mecanografía y posterior traducción al español de la Conferencia de Naciones Unidas sobre el medio humano de 1972. Se atribuye a la desaparición de un signo ortográfico, de una coma, que separaba sinónimos como medio, ambiente o entorno; comenzando a adoptarse cada vez más frecuentemente en los textos en español (sobre todo en España). En el prólogo a la obra de Norma Isabel Sánchez en su obra *La higiene y los higienistas en la Argentina*, de 2007, Abel Agüero, también hace mención a este vocablo, pero, parecería ser una apreciación de este tiempo respecto del ambiente de entonces y no una referencia textual de los textos originales (2007, p. 25)

Se ha considerado que el término *medio ambiente* se trata de una verdadera redundancia (Pastorino, 2005, p. 30; Martín-Mateo, 1991, p. 80), un barbarismo desde el punto de vista semántico, producto de la errónea traducción de *environment* en el marco de la Cumbre de Naciones Unidas sobre el Medio Humano, celebrada en Estocolmo de 1972, “y así nació *medio ambiente*” (Federovisky, 2007, p. 19-20).

También se ha considerado que, ambiente “a secas” era insuficiente para denotar este complejo concepto, y fue necesario combinarlo con el otro sustantivo, ya que “cuando se quiso traducir y expresar el concepto en castellano no se consideró suficientemente explícito el sustantivo “ambiente”, derivado del latín *ambiens*, *-entis*, que sugiere simplemente la idea de alojar rodear o circundar. El que sugiere la idea de condicionar a un ser vivo e influir en su desarrollo y actividades es ‘medio’” (Valls, 2012, p. 1).

Si se consulta el actual Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española, la voz “medioambiental” significa: “perteneciente o relativo al medio ambiente”, de allí su amplia aceptación (RAE, 2001).

Haberlo encontrado en textos académicos de segunda mitad del siglo XIX, no constituye un dato de menor importancia, nos indica que tal binomio ha sido utilizado ya, por lo menos hace más de un siglo por este médico higienista, posiblemente con otros alcances y contextos.

Consideramos que vale la pena la mención de su utilización decimonónica, toda vez que la literatura, no solo la jurídica sino también desde otros espacios del saber, suele otorgarle un nacimiento muy posterior.

La Plata y la cuadrícula urbana: El nacimiento de la ciudad ideal y la concreción de la utopía higiénica¹⁵

Las epidemias han generado profundos cambios de diverso tipo, demográficos, sociales, económicos y políticos, los que se tradujeron en la planificación sobre el

¹⁵La distinción de ciudad higiénica le fue otorgada en la Exposición Universal de París de 1889, al entenderse que constituía en ese momento “el mejor ejemplo para su época de la ciudad imaginada por los sanitaristas ingleses y franceses” (Morosi, 2002, p. 17).

territorio de nuevos núcleos urbanos. Luego de la epidemia de fiebre amarilla de 1871 y en función de un contexto histórico determinado, los higienistas de la época se permitieron idear una “ciudad higiénica y científica” (Vallejo, 2007, p. 61), donde las enfermedades no tuvieran lugar para implantarse ni propagarse tan fácilmente.

Es así que nació una ciudad con rasgos higienistas inspirada en el sanitarismo europeo, pero que logró su concreción más acabada en territorio rioplatense, antes que en Europa. En tal contexto surgió “como por encanto”¹⁶ la ciudad de La Plata y recibió, en la Exposición Universal de París de 1889, dos medallas de oro y la distinción de La Plata como “ciudad higiénica”.

La Plata sorprendió en el plano internacional por haber concretado la ciudad ideal, que luego fuera inspiración para la planificación de otras ciudades como Piriápolis en Uruguay y Belo Horizonte en Brasil (Morosi, 2002, 1999a; Vallejo, 2007).

La Plata sería la ciudad capital de la provincia de Buenos Aires, el centro de administración pública y de poder, de fundación inminente y necesaria para el funcionamiento de la provincia más importante de la novel nación, pero no solo eso. Las aspiraciones que Dardo Rocha, por entonces gobernador de la provincia de Buenos Aires, tenía reservadas para La Plata, serían propias de las grandes ciudades de Europa.

En el mensaje de elevación a la Honorable Legislatura de la provincia, del 14 de marzo de 1882, Rocha presentó un modelo de salubridad urbana que intentó ser superior a lo conocido. Rocha aseguraba: “Que las tierras altas de la Ensenada, en la vecindad del puerto, es el sitio mas aparente para fundar la capital de la provincia” (sic) (Coni, 1885, p. 2)¹⁷.

Terán ha escrito en el prólogo a *La Plata. Ciudad nueva ciudad antigua. Historia, forma y estructura de un espacio urbano singular* —obra colectiva bajo la dirección de Morosi— que La Plata era el producto de un ideal racionalista, de una abstracción y se encontraba “al margen de toda preocupación por referencias locales concretas. Tenía valor autónomo y era independiente del espacio geográfico real” (Terán, 1983, p. 9).

Pero esta desvinculación no ha sido total. Previamente a la fundación de la ciudad capital, se creó mediante un decreto del Poder Ejecutivo (del 4 de mayo de 1881) una comisión *ad hoc* específicamente abocada a estudiar las distintas posibilidades para su mejor emplazamiento¹⁸.

¹⁶La expresión ha sido tomada del libro de Julio Verne *Los quinientos millones de la Begún*, donde el doctor Sarrasin, personaje principal de la obra, funda France Ville en EEUU y se la considera una ciudad nacida *como por encanto*, frase luego utilizada por distintos autores para designar a La Plata (Vallejo, 2007; Morosi, 2002).

¹⁷El texto completo del Mensaje forma parte de los “Antecedentes de la fundación de la nueva capital de la provincia de Buenos Aires” que constan en la *Reseña estadística y descriptiva de La Plata*, publicada en 1885, bajo la dirección de Emilio Coni, obra que luego presentó en la Exposición Universal Internacional de 1889 y por la que obtuvo una medalla de plata (Morosi, 2000). El doctor Coni (1855-1928) se dedicó a los temas de higiene pública y a la presentación de proyectos de ley como el proyecto de Código médico argentino y el proyecto de Código de higiene y medicina legal (Morosi, 2001). Coni, se llamó a sí mismo “médico de ciudades y de pueblos” más que de personas (Vallejo, 2007, p. 59).

¹⁸De la comisión, dedicada a la localización de la ciudad, formaron parte destacados médicos higienistas tales como Wilde, Ramos Mejía y Porcel de Peralta, entre otros funcionarios del Estado (Vallejo, 2007, p. 63; Vallejo, 2003).

Su labor fue muy breve ofreciéndole al entonces gobernador de la provincia, una serie de opciones de localización —encontrándose las Lomas de la Ensenada de Barragán como una de las primeras en la lista— en cumplimiento de los criterios higiénicos y de salubridad pública imperantes, teniéndose principalmente en consideración su condición de “lugar alto”¹⁹.

De los distintos lugares estudiados se optó por el tipo de capital fluvial. Haciendo hincapié en esta situación, Rocha afirmaba que, el puerto de Ensenada, era un puerto natural y citando a Wheelwright decía que podía “alojar un millar de buques” y se presentaba seguro para la navegación de la misma forma e incluso superior a los puertos europeos (Coni, 1885, p. 3).

El principal motivo de la elección y centro de análisis en la localización de la nueva ciudad capital fue, sobre todo, la cercanía al mejor puerto que el país podía tener: el de Ensenada. Sus múltiples ventajas en términos civilizatorios y de progreso con miras a Europa prevalecieron sobre otros elementos de salubridad relacionados con el medio físico para la fundación de la ciudad.

El gobernador de la provincia había elegido, para convencer a la Legislatura, el para nada despreciable beneficio que un puerto como el de Ensenada podría traer: la modernidad a la nueva ciudad como polo de crecimiento económico, civilizatorio y estratégico. “Que la Ensenada está destinada á ser el puerto de Buenos Aires, no es mas dudoso que saldrá el sol mañana, pues solo es ello una cuestion de tiempo, y ese tiempo no está distante” (sic) (Coni, 1885, p. 3).

Rocha afirmaba que el lugar de emplazamiento “ofrece todas las conveniencias necesarias para el establecimiento de una ciudad populosa, es suficientemente elevado é higiénico” (sic) sin abundar en especificaciones técnicas o científicas al respecto. Aseguraba que había “agua bastante” que podía obtenerse del río o de perforaciones subterráneas ya que la napa estaba a unos 40 metros de profundidad aproximadamente, contando con agua “de calidad” (Coni, 1885, p. 8).

Rocha consideraba que en la zona podían encontrarse buenos materiales para construir la ciudad, tanto arena como “tierra adecuada para la construcción del ladrillo”, piedra de la zona de Azul, y la cercanía del puerto le daba posibilidad de un transporte económico y ventajoso (Coni, 1885, p. 8).

En el mes de mayo de 1882, se ordenó la demarcación de límites de La Plata, y se encomendó al Departamento de Ingenieros la realización de la traza. Antes de la determinación del emplazamiento por la comisión *ad hoc*, se continuó avanzando con la planificación de la ciudad y sus principales edificios (Vallejo, 2007, p. 62). Tal es así que, hasta el diseño de sus principales edificios administrativos, se realizó a través de un concurso internacional (por decreto del 6 de mayo de 1881), sin haberse definido la ubicación real de la ciudad en la geografía pampeana (Vallejo 2007; Vallejo, 2009; Morosi, 1983).

La esperada fundación de la ciudad estaba prevista para el día 23 de octubre de 1882, “fecha de cumpleaños de la esposa de Rocha” (Vallejo, 2003, p. 63), pero, este

¹⁹Luego podrá verse que esto no es absolutamente cierto ya que el paisaje desde su punto de vista geomorfológico presentaba ondulaciones y valles de inundación de varios arroyos y bañados (Vallejo, 2003).

acontecimiento histórico, tuvo que ser prorrogado en función de haberse observado un impedimento para llevarlo a cabo con éxito, proveniente del medio físico: una zona de bañados coincidente con el centro de la ciudad. Por tal motivo, se hizo correr la traza para ganar terrenos más altos y la fundación de la ciudad se realizó, finalmente, el día 19 de noviembre de ese año (Vallejo, 2003).

En este caso, podría decirse que la condicionante del medio físico del bañado, ha jugado como un factor de decisión a favor de un mejor emplazamiento y que la movilidad de este diseño urbanístico permitió la modificación en la localización hacia un enclave natural un tanto más adecuado que el originalmente establecido.

De aquí que la hipótesis de no lugar (*u topos*) se vio reflejada en una serie de decisiones políticas trascendentales adoptadas en la época que desatienden el entorno físico, claramente determinante en las condiciones de higiene pública (Vallejo, 2007).

Se destacaron algunos elementos del medio físico que se han tenido en cuenta en la decisión del emplazamiento definitivo de La Plata; tierras altas, agua bastante, cercanía y relación con bosque preexistente. Este último fue entendido, por un lado, como un elemento favorecedor y benéfico en términos de salubridad urbana y cercanía al verde; y, por el otro, como una limitante o barrera en la relación directa con el puerto (Vallejo, 2007, 2003; Morosi, 1999b).

En la *Reseña estadística y descriptiva de La Plata* de 1885, obra preparada por la Oficina de Estadística General de la provincia de Buenos Aires, bajo la dirección del médico higienista Emilio Coni; consta un plano de La Plata donde se indica el sector destinado al emplazamiento de hornos²⁰. Pero, los espacios de la extracción de suelo han proliferado y se han extendido sobre todo en la periferia, para sacar de la naturaleza: el mantillo, humus, horizonte A (o humífico), tan valorado por los higienistas de siglo XIX, los mejores suelos de la zona, para cocinarlos, industrializarlos, sacarlos del agro y hacerlos ingresar en la ciudad como un insumo para su construcción y concreción.

Las paradojas de la ciudad higiénica

La ciudad higiénica nació en el paisaje pampeano sin atender especialmente al entorno natural que la contendría, abonando a su condición de *u topos*.

Aunque, como se mencionara, se ha prestado atención a la zona de bañados en la que se instalaría en un primer intento, y al bosque con el que tendría directa vinculación como un elemento positivo del entorno; la relación con el puerto fue predominante en la decisión del emplazamiento de la nueva ciudad.

Además de lo dicho, La Plata fue ubicada muy cerca del lugar donde fueron trasladados los saladeros existentes a la vera del Riachuelo (relocalizados luego de la ley de 1871), en el “mismo sitio que diez años antes eligieron los higienistas para que sirviera de repositorio de los establecimientos insalubres de Buenos Aires” (Vallejo, 2007, p. 65).

²⁰El plano mencionado puede consultarse en Coni (1885).

La Plata, erigida como la ciudad ideal, saludable e higiénica viene a contrastar con la realidad preexistente de Berisso, Ensenada y Tolosa, donde existía una importante actividad industrial²¹.

Pero también en La Plata, se permitió la actividad de saladeros y mataderos luego de erigida como capital de provincia, tanto en los núcleos urbanos preexistentes, como en su propio casco (Digesto Municipal de La Plata, 1907):

- 1) En Ensenada: Por Ordenanza número 13 de 16 de marzo de 1894, se da autorización a Luis Berisso a emplazar un matadero.
- 2) En La Plata: Por Ordenanza 155 de 24 de abril de 1896 se concedió permiso para instalar un matadero de hacienda ovina en la calle 2 y 55, en pleno casco de la ciudad.
- 3) En Tolosa: por Ordenanza 103 del 5 de septiembre de 1898 se autoriza a emplazar un matadero junto a una fábrica de jabón en la calle 32 y 119 y otro por Ordenanza 112 del 16 de septiembre de 1898 en la calle 117. Ambos de hacienda menor. Por Ordenanza 113 de 26 de septiembre de 1898 se autoriza el emplazamiento de un tercero, en la calle 5 también para hacienda menor. Por Ordenanza 233 de 23 de febrero de 1900, se autoriza la apertura de un cuarto matadero en la calle 28.
- 4) En Berisso: por Ordenanza 104 de 5 de septiembre de 1898, se autoriza a emplazar un matadero.
- 5) En Villa Elisa: por Ordenanza 282 de 11 de octubre de 1900 se autoriza al emplazamiento de un matadero, en este caso de hacienda mayor y menor.

Esta enumeración de ordenanzas indica, que la concepción de higiene y salud de la época era un tanto fragmentaria del entorno natural y del entorno intervenido prefundacional. Sumado a ello, la posibilidad de permitir (e incentivar) actividades tal vez incompatibles con las ideas higiénicas de la nueva ciudad, lejos de ser alentadora, pudo haber actuado como un impedimento para el crecimiento ordenado bajo las ideas de higiene pública de la época hacia la periferia. La ampliación de la ciudad de forma espontánea sobre espacios no aptos o destinados a otros usos, ha producido conflictos de uso por coexistencia de actividades industriales y urbanas, sumamente disímiles (Carut, 2000; Ringuelet, 2008).

Además de los mataderos y saladeros (nuevos y preexistentes), con la fundación de La Plata se gestó en algunas zonas, sobre todo en su periferia (y se profundizó en otras), una patología relacionada con el territorio: la decapitación de suelos y la extracción en profundidad, dejando enormes pasivos ambientales irresueltos que han acompañado su historia.

La decapitación de suelos para la fabricación de ladrillos fue hasta la primera mitad del siglo XX muy exitosa. La literatura especializada afirma que llegó a existir una actividad consolidada en la región (Bozzano, 1991, p. 17). Según el *Análisis*

²¹La Plata se anexó a “centros secundarios preexistentes: Ensenada y Berisso con actividades portuarias e industriales y Tolosa con talleres ferroviarios” (Bozzano, 1991, p. 11).

ambiental del partido de La Plata. Aportes al ordenamiento territorial, del Instituto de Geomorfología y Suelos - Centro de Investigaciones en Suelos y Agua de uso agropecuario de la Universidad Nacional de La Plata (IGS-CISAUA):

...los primeros antecedentes de esta actividad se remontan a la fundación de la ciudad en 1882, cuando se comienza a extraer la capa humífera, u horizonte A, del suelo como materia prima para la fabricación de ladrillos. Hacia fines del siglo XIX alrededor de 150 hectáreas ya habían sido afectadas por esta extracción. (Hurtado *et al.*, 2006, p. 79)

Reflexiones finales

Aunque Morosi (2001) afirmara que los higienistas han sido los primeros urbanistas, y Armus (2007) considerara que tal urbanismo fue sumamente rudimentario; se podría agregar además de esos aspectos, que el higienismo rioplatense ha aportado, en la historia de la región, un germen hacia un posterior ambientalismo. Algunas reflexiones preliminares sobre el recorrido de este trabajo, abonan a tal afirmación en condiciones de parcialidad.

Una de las principales es la relacionada entre la desvinculación del ideal de ciudad con el lugar geográfico de su emplazamiento posterior, desde el punto de vista geomorfológico y del entorno artificializado previo a recibirla.

Basta con observar las modificaciones, de último momento, que el gobernador de la provincia hizo un mes antes de la fundación de La Plata, al descubrir que el centro de la ciudad se encontraría potencialmente en un bañado, no obstante, la labor dedicada a estudiar su mejor emplazamiento y la traza a cargo del Departamento de Ingenieros.

Como el ideal decimonónico estaba centrado en la salud de las personas, como bien a proteger, se buscó hacerlo a través de medidas de higiene urbana; y a partir de allí, puede encontrarse alguna explicación a la desvinculación de la planificación con el emplazamiento definitivo de la ciudad, la que se presentaba de las más avanzadas en su época en comparación con otras, en términos de higiene, incluso respecto de Europa.

Se pueden destacar algunas de esas paradojas antes mencionadas: la cercanía a saladeros y mataderos relocalizados, la apertura de nuevos emprendimientos, la proliferación de decapitación y generación de cavas de extracción de suelo en profundidad para la fabricación de ladrillos, mejoramiento de caminos, construcción de la ciudad y otros usos.

Por su parte, la gran contaminación del Río de La Plata producto de los desagües cloacales de Berazategui, sumada a la actividad de los saladeros que había comenzado antes de la fundación de la ciudad capital, generaron la imposibilidad del disfrute de la ribera.

Vallejo identifica que la reacción de la ciudadanía frente a esta situación, dio lugar al germen de “una protoconciencia ambiental ciudadana en reclamo por los derechos que tenían los interesados en concurrir a Punta Lara a no contraer eventuales enfermedades infectocontagiosas” (Vallejo, 2009, p. 227).

No obstante, estos inconvenientes y desatinos, entendemos que el higienismo de fin de siglo XIX, puede ser considerado un interesante antecedente de protección ambiental, de manera indirecta, a través de la protección de la salud, la que, a su vez, ha tenido especial incidencia en aspectos de higiene urbana vinculados directamente con medidas de control social, normalidad y moralidad (Caponi, 2002). Tales aspectos no se han profundizado en este trabajo, pero redundarán en posteriores y posiblemente germinen en próximas investigaciones.

Por ello, se sostiene la idea inicial respecto que La Plata fue pensada como propuesta de solución a las problemáticas de higiene urbana de fin de siglo XIX en lo que respecta a su diseño y planificación, pero, su lugar de emplazamiento no ha sido protagónico en tal decisión dando lugar a paradojas higiénicas tanto en la periferia de la ciudad como dentro de ella.

Bibliografía

- Armus, D. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.
- Barcos, M. (2012). El influjo del derecho indiano en la legislación sobre ejidos de la provincia de Buenos Aires, 1782-1870. *Revista de Indias*, v. 72, n. 256, p. 687-716. doi: 10.3989/revindias.2012.22.
- Bozzano, H. (1991). Mutaciones productivas y transformaciones territoriales. El caso del Polo Petroquímico de Ensenada y del suburbio en la Región Metropolitana de Buenos Aires. *Territorio y Producción*, n. 10, p. 9-46.
- Caponi, S. (2002). Entre miasmas y microbios: La vivienda popular higienizada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1665-1674. doi: 10.1590/S0102-311X2002000600021.
- Carut, C. (2000). Reflexiones acerca de los límites de las estructuras periurbanas y suburbanas para la gestión ambiental del territorio. *Anales LINTA*, v. 2, n. 4, p. 71-74. Recuperado de: <https://digital.cic.gba.gob.ar/handle/11746/748>.
- Casas de Batista, R.; Ponte y Rosales, J. (1871). *Revista Farmacéutica de 1869 - Suplemento a la Botica para 1870*, Madrid: Carlos Bailly-Bailliere.
- Coni, E. (1885). *Reseña estadística y descriptiva de La Plata. Capital de la Provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires: Establecimiento Tipográfico La República.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación (1887). *Sentencia 14 de Mayo de 1887: “Santiago, José y Gerónimo Podestá; Guillermo Bertram, Guillermo Anderson, Casimiro Ferrer, Gerónimo Rocca, Constant Santa María, Juan Smith y Gerónimo Soler s/Provincia de Buenos Aires”*. Capital Federal, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de: <https://bit.ly/3e6cum8>.
- Digesto Municipal de La Plata. (1907). *Digesto Municipal de La Plata. Comisión bajo la dirección de Alfredo C. Paz. Tomo I*. Decreto 17 de mayo de 1907, Publicación Oficial.
- Drnas de Clément, Z. (dir.) (2008). *El principio de precaución ambiental. La práctica argentina*. Córdoba: Lerner.

- Federovisky, S. (2007). *Historia del medio ambiente. La transformación de la naturaleza: De mundo ajeno y amenazante a espacio por conquistar. La génesis del movimiento ambientalista*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Hurtado, M.; Giménez, J.; Cabral, M.; Silva, M.; Martínez, O.; Camilión, M.; Sánchez, C.; Muntz, D.; Gebhard, J.; Forte, L.; Boff, L.; Crincoli, A.; Lucesoli, H. (2006). *Análisis ambiental del partido de La Plata. Aportes al ordenamiento territorial*. La Plata: Instituto de Geomorfología y Suelos - Centro de Investigaciones de Suelos y Aguas de Uso Agropecuario (IGS-CISAUA). Recuperado de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/27046>.
- Jaquenod de Zsögön, S. (2004). *Derecho ambiental*. Madrid: Dykinson.
- Lanfranco Vazquez, M. (2016): *Análisis jurídico-ambiental del suelo desde la ética intergeneracional en municipios de la costa sur del Río de La Plata (1970-2008)*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/60696>.
- Mallo, P. (1878). *Lecciones de higiene pública y privada*. Buenos Aires: Imprenta de La Tribuna.
- Martín-Mateo, R. (1991). *Tratado de derecho ambiental. Tomo I*. Madrid: Trivium.
- Miranda M. (2006). *Negro sobre verde (agroquímicos, horticultura y sustentabilidad ambiental en el derecho argentino)*. (Tesis doctoral) Universidad Nacional de La Plata.
- Morosi, J. (dir.) (1983). *La Plata, ciudad nueva ciudad antigua. Historia, forma y estructura de un espacio urbano singular*. Madrid: UNLP- Instituto de Estudios de Administración Local (IEAL).
- Morosi, J. (1999a). Repercusiones, resonancias y resplandores de La Plata. *Anales LINTA*, v. 2, n. 3, p. 11-25. Recuperado de: <https://digital.cic.gba.gob.ar/handle/11746/622>.
- Morosi, J. (1999b). *Ciudad de La Plata. Tres décadas de reflexiones acerca de un singular espacio urbano*. La Plata: LINTA-CIC. Recuperado de: <https://digital.cic.gba.gob.ar/handle/11746/1723>.
- Morosi, J. (2000). Emilio Ramón Coni y la ciudad de La Plata. *Anales LINTA*, p.11-19. La Plata: CIC.
- Morosi, J. (2001). Los sanitaristas: precursores del urbanismo argentino. *Anales LINTA*, v. 2, n. 5, p. 77-86. La Plata: CIC. Recuperado de: <https://digital.cic.gba.gob.ar/handle/11746/765>.
- Morosi, J. (2002). La Plata: De la ciudad indiana a la ciudad higiénica. *Anales LINTA*, v. 3, n. 1, p. 11-20. La Plata: CIC. Recuperado de: <https://digital.cic.gba.gob.ar/handle/11746/870>.
- Morosi, J.; Vitalone, C. (1993). Perduración de las normas indianas en el urbanismo argentino. *Anales LINTA*, p. 9-24. La Plata: CIC. Recuperado de: <https://digital.cic.gba.gob.ar/handle/11746/1176>.
- Nonna, S. (2008). La protección ambiental de las normas del nuevo milenio. Un nuevo rumbo. En: Devia. L. (coord.). *Nuevo rumbo ambiental*. Buenos Aires: Ciudad Argentina. p. 11-137.
- Pastorino, L. (2005). *El daño al ambiente*. Buenos Aires: Lexis Nexis.
- Pérgola, F. (2006). Las epidemias en la Argentina. *Todo es historia*, v. 27, n. 464, p. 62-76.
- Prignano, Á. (2003). Epidemias y limpieza urbana. *Historias de la Ciudad. Una revista de Buenos Aires*, v. 5, n. 24, p. 23-31.
- Real Academia Española (RAE) (2001). Diccionario de la Lengua española. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=medioambiental>
- Rawson, G. (1876). *Conferencia sobre Higiene Pública* en la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Extractadas, anotadas y seguidas en un apéndice por Luis Maglioni. Paris: Donnomette et Hattu.
- Recalde, H. (1993). *Las epidemias de cólera (1856-1895) Salud y sociedad en la Argentina oligárquica*. Buenos Aires: Corregidor.
- Ringuelet, R. (2008). La complejidad de un campo social periurbano centrado en las zonas rurales de La Plata. *Mundo Agrario*, v. 9, n. 17. Recuperado de: <https://bit.ly/3sdVIAB>.

- Sánchez, N. (2007). *La higiene y los higienistas en la Argentina*. Buenos Aires: Sociedad Científica Argentina.
- Silvestri, G. (2003). *El color del río: historia cultural del paisaje del Riachuelo*. Buenos Aires: Prometeo.
- Subirá y Nicolau, J. (1891). *La tierra y sus moradores. Conocimientos fundamentales de historia natural con un compendio de higiene*. Compendio revisado por Juan Barcia Caballero. Santiago: Imprenta de José María Paredes.
- Suprema Corte de Justicia de Buenos Aires (SCBA) (1981). *Causa 31124 SCBA: "Mezuro, Ángel D. y otros v. Municipalidad de Chacabuco"*, 17 de marzo, de 1981, c/dictamen del procurador en Acuerdos y Sentencias 1969, 336/337.
- Terán, F. (1983). Prólogo. En: Morosi, J. (dir.). *La Plata, ciudad nueva ciudad antigua. Historia, forma y estructura de un espacio urbano singular*. Madrid: UNLP- Instituto de Estudios de Administración Local (IEAL). p. 1-6. Recuperado de: <https://oa.upm.es/11037>.
- Vallejo, G. (2000). El puente Punta Lara-Colonia: Una mirada histórica desde los imaginarios rioplatenses y las estrategias urbanísticas y comerciales de Francisco Piria. *Premio Anual de Arquitectura, Urbanismo, Investigación y Teoría*, p. 45-48. La Plata: CAPBA.
- Vallejo, G. (2003). El trazado ideal y los condicionantes naturales en el desarrollo urbano de La Plata. *Estudios del hábitat*, n. 8, p. 61-70.
- Vallejo, G. (2007). *Escenarios de la cultura científica argentina. Ciudad y universidad (1882-1955)*. Madrid: Colección Estudios sobre la Ciencia (CISC).
- Vallejo, G. (2009). *Utopías cisplatinas. Francisco Piria, cultura urbana e integración rioplatense*. Buenos Aires: Las Cuarenta.
- Valls, M. (2001). *Manual de derecho ambiental*. Buenos Aires: Ugerman.
- Valls, M. (2012). *Derecho ambiental*. Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- Varela de Montes, J. (1845). *Ensayo de Antropología ó sea Historia Fisiológica del Hombre en sus relaciones con las Ciencias Sociales y especialmente con la Patología y la Higiene*. Madrid: Imprenta y Fundición de don Eusebio Aguado.
- Verne, J. (2005). *Los quinientos millones de la Begún*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vitalone, C. (1993). Cuadriculas bonaerenses. *Anales LINTA*, p. 39-45. La Plata: CIC. Recuperado de: <https://digital.cic.gba.gov.ar/handle/11746/1182>.



*Foto: Lewis Wickes Hine (1874-1940).
Pequeña habitación familiar. (Fragmento). Septiembre 1910.
National Child Labor Committee collection, Library of
Congress, Prints and Photographs Division.*

Un estudio sociocultural del alcohol: axiomas, problemas, potencialidades (Santa Fe, 1870-1930)

*Paula Sedran*¹

Introducción

Las historias sobre el alcohol son diversas. Sobre ellas, se ha revisado su arista médica, económica, cultural y política (Holt, 2006; Tomsen, 1990). Aun así, predominan las lecturas que conciben, desde el comienzo, al consumo de alcohol como un problema social, fundamentalmente de la salud y del orden público. Amén de las evidentes manifestaciones problemáticas del consumo excesivo o inmoderado de bebidas alcohólicas en las sociedades modernas y contemporáneas, estas lecturas también contienen una carga proveniente de un metarrelato historiográfico. Teniendo como punto de partida a los comienzos del siglo XIX, en Europa y América el consumo de alcohol se instaló como un flagelo para la sociedad.

La confluencia de cambios estructurales como la revolución industrial, la explosión urbana y la mundialización del mercado capitalista, así como las nuevas formas de organización política de la clase obrera y de otros sectores subalternos, centró la mirada historiográfica en el paso de una concepción del consumo de alcohol como una práctica colectiva, de reunión, a un consumo individual, inmoral, violento o patológico y una amenaza al orden social (Fahey & Tyrrell, 2003). La fuerza de esta impronta, como realidad histórica y como mirada historiográfica sobre el siglo XIX, inclinó las pesquisas hacia las implicancias del consumo de alcohol en las esferas de la salud y del orden social y político. De esta manera, la historia social analizó de forma amplia las consecuencias del alcohol sobre la vida privada y pública, sobre la estructuración de grupos sociales; las disparidades de género en las lecturas sociales del consumo y, principalmente, en la relación del poder-saber médico y estatal en la definición, control y formas de acción sobre estos consumos.

Esta disposición para la preeminencia de ciertos intereses en las búsquedas, de la mano de la tradición crítica, puede reconocerse en los estudios históricos latinoamericanos. Si bien las obras de síntesis son escasas, ha logrado establecerse, desde una perspectiva sociocultural, la gravitación de las prácticas y representaciones

¹Doctora en Historia. Investigadora asistente, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, con sede en el Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales del Litoral, Universidad Nacional del Litoral. Profesora, Universidad Autónoma de Entre Ríos, Concepción del Uruguay, Entre Ríos, Argentina.

sobre el consumo de alcohol en la estructuración de las sociedades modernas (Pierce & Toxqui, 2014). A su vez, en ese marco, los temas más visitados han sido las definiciones de las elites decimonónicas en relación a las formaciones estatales, al problema de la mano de obra (Vázquez, 2018; Herrera González *et al.*, 2008) y al proceso concomitante de medicalización social (Salazar, 2017).

A partir de estos estudios y avances indispensables, que identifican las aristas sanitarias, de violencia interpersonal, política o económica (Fernández Labbé, 2008) el presente análisis sociocultural indaga en otras formas de consumo, y en cómo estas se vincularon con las formas problemáticas en discursos sociales diversos. La pertinencia de la propuesta parte de la advertencia antropológica sobre cómo los sentidos sociales de las prácticas no pueden aprehenderse, con miras a un análisis social, si se los descontextualiza de su marcos sociales y culturales de referencia (Room, 2001).

En esta clave, historizar los diversos usos del alcohol, la identificación de procesos de alcoholización, a diferencia del fenómeno del alcoholismo y otros usos desmesurados, permite considerar la *normalidad* de la ingesta y no solo su dimensión conflictiva (Menéndez, 2020). La reconstrucción de en qué sentidos específicos el consumo del alcohol fue considerado un problema para la salud de la sociedad, requerirá situar dichos discursos en el marco de una discusión social más amplia: reconocer con qué otras voces dialogaron, qué medidas se tomaron —o no— para abordarlo, y cómo se significó su interacción con los consumos respetables o aceptados. El fin de dicho ejercicio analítico es el de objetivar posibles sesgos actuantes sobre la delimitación del objeto de estudio.

En Argentina, el interés por el alcohol como objeto de peso propio ha vivido un aumento moderado (Stein, 2014; Richard-Jorba, 2010; Sedeillán, 2008; Ferrari Gutiérrez, 2011; Mateu, 2016; Hanway, 2014). En estos desarrollos se ha mirado, con distintos enfoques, a los costados productivo-económicos, impositivos y transgresivos. A partir de la década de 1990, nuevos aportes se centraron desde una mirada sociocultural en cómo el alcohol estuvo presente en procesos modernización social como fenómeno penal y médico (Armus, 2002; Lucero, 2017). No obstante, al día de hoy, los sentidos sociales sobre el consumo de alcohol y sus múltiples implicancias constructivas (Douglas, 1987) en la vida social no constituyen un campo definido de intereses en la producción historiográfica del país.

En esta línea, los aportes locales y regionales son clave en la problematización, no solo de los casos, sino de las miradas más comprensivas en la esfera nacional e internacional (Fernández, 2019). De acuerdo a ello se analizan, en este breve escrito, fuentes primarias santafesinas producidas localmente durante los años de modernización social (1870-1930). Estas fuentes han sido seleccionadas en tanto se ocuparon de la ingesta de alcohol ya sea condenándola, promocionándola (como la publicidad, género en ascenso en esos años), explicándola o sancionándola. En estos discursos varios, se identifican los tópicos que los estructuraron (que generaron su producción, que conformaron sus temas centrales, que se repitieron frecuentemente, que se erigieron en temas debatidos o en imágenes frecuentes) y qué rasgos compartidos o divergentes pueden hallarse entre los distintos discursos. Este análisis tiene por objetivo reponer un marco social de sentidos sobre el alcohol en Santa Fe.

Historia sociocultural en el análisis del alcohol

Atendiendo a la necesidad de una perspectiva que permita mirar críticamente las fuentes disponibles; especialmente, una que no fuerce su interpretación a marcos contruidos para otras latitudes, en trabajos previos se ha explorado la circulación de discursos sobre usos normales o aceptados y usos problemáticos de las bebidas alcohólicas (Sedran, 2021). Esto es, se ha indagado en la convivencia de formas heterogéneas de ingesta de alcohol. Este camino fue suscitado por una particularidad presente en los años analizados en Santa Fe: la aparente contradicción de la convivencia de un nutrido conjunto de discursos que, desde mediados del siglo XIX manifestaron un aumento de la preocupación por los efectos nocivos del alcohol con un presencia escasa o nula de medidas, políticas y soluciones que lo aborden en tanto problema del orden y problema de la salud, más allá de medidas correccionales limitadas, en la esfera de la tarea policial.

Frente a ello, considerar —siguiendo a Eduardo Menéndez (2020)— a la normalidad del consumo como pauta desde la cual ponderar el consumo problemático, ha sido una herramienta muy interesante en el desarrollo de un análisis sociocultural. Para el análisis histórico, esto equivale a separar la invariante cultural de su condicionamiento coyuntural (Saignes, 1989). En este sentido, los interrogantes de la antropología (Heath, 1987), generalmente centrados en el rol integrativo del alcohol, no se distancian, sino que se complementan con los de la historia, de un enfoque histórico, más estratégico o de agencia como señala Michael Dietler (2006). Este ejercicio ha permitido poner en suspenso categorías y “nichos” apriorísticos, en dos formas. Por un lado, el citado cuestionamiento a la definición de la alcoholización como concerniente solo a la esfera de la cuestión del orden; por otro lado, ha permitido insertar la pregunta por la participación de los sentidos sociales en la estructuración de relaciones y prácticas sociales.

En Santa Fe, la ingesta desmesurada de alcohol, especialmente la ebriedad, se transformó en un argumento presente en determinados momentos definitorios del periodo. Siempre una preocupación presente para la elite local y provincial, la alarma por la ebriedad de los sectores populares y la inmoralidad que suponía creció y tuvo un lugar preeminente en el debate público en torno al orden social en dos coyunturas álgidas de los años de formación estatal, 1876-1878 y 1890-1893, en que las facciones opositoras se acusaron repetidamente de formar sus tropas con sujetos ebrios y violentos (Sedran, 2018). En ambas coyunturas, la cuestión del alcohol permitió enunciar la dimensión civilizatoria de los choques políticos, describiendo en clave de valores universales el modelo de sociedad que la paz traería e identificando al adversario político con la violencia y la inmoralidad. Sean los integrantes de la elite o los colonos europeos, frente a estos sujetos decorosos se hallaron los sujetos pobres, criollos, muchas veces policías y oriundos de distintas provincias. Ahora bien ¿qué trasfondo cultural permitió que el consumo de alcohol funcionara como catalizador para debatir temas de relevancia pública?

Ahora bien, desde la segunda mitad del siglo XIX la enunciación cuasipermanente de del tema del alcohol no se compuso solo de consumos excesivos o violentos. De

la mano de estos, existieron formas explícitas de bebidas consideradas respetables, que echaron mano de una disponibilidad novedosa de bebidas refinadas, nacionales e importadas, tanto fermentadas (vinos, vinos quinados, aperitivos de base vegetal, otros *espíritus*) como destiladas. Estas representaron un sector pujante del sector comercial local y eran consumidas en bares, restaurants, hoteles y cafés por hombres de los sectores acomodados y medios (Fernández & Sedran, 2019). Otras formas aceptadas de la ingesta de alcohol eran indirectas, en la forma de remedios, preparados, específicos, jarabes y tónicos, cuyas bondades prometidas eran medicinales, estéticas y nutritivas (Sedran & Carbonetti, 2019).

Para este análisis, la historia local se construye en conjunción con una modalidad de análisis intensiva, fundada en la consulta de fuentes de distinta escala de circulación, agentes, lugares y objetivos. La perspectiva cualitativa y micro es adecuada a esta indagación pues es definida según la perspectiva de observación (Torre, 2018). En este caso, interesa no solo el contenido de los sentidos construidos en los documentos, sino la circulación y *préstanos* de nociones comunes, entre géneros discursivos en apariencia inconexos (como un reglamento policial y una publicidad). En esta clave, lo local y micro se definen en función de la escala, como objetos que se ven de cerca (Fernández, 2019).

A partir de esta mirada, ha sido posible reconocer un desplazamiento en el sentido dominante sobre el alcohol —la ebriedad— que dejó de ser enunciado como una de las más peligrosas y frecuentes causas de violencia.

Otra cuestión necesaria de ser considerada es la de los ámbitos de circulación de los discursos. Al considerar qué documentos fueron producidos localmente y cuáles no, deben asimismo ponderarse los circuitos —territoriales e institucionales— de su circulación (que no serán los mismos para expedientes criminales, cables de noticias internacionales o un reglamento policial). Pueden así, distinguirse la circulación local-regional, de la global-local, ambas establecidas por el contenido de los documentos (como la presencia de noticias sobre el extranjero en la prensa local o la identificación de circuitos de bebida, en expedientes criminales, entre otros).

Finalmente, debe precisarse que el análisis atiende a la entrada sociodiscursiva (Piacenza, 2019) de los discursos seleccionados, la cual se concentra en cómo los discursos plantean entre sí una relación de hegemonía y hace parte de la explicación histórica a los sentidos, los tropos, los vínculos y las jerarquías interdiscursivas (Angenot, 2010). Ante ello, la problemática del alcohol cuestiona los límites que los géneros discursivos imponen. Los documentos que, para los años analizados tratan (de maneras directas, indirectas, constantes o elípticas) el consumo de alcohol, son principalmente: fuentes policiales normativas y administrativas, publicaciones impresas (incluyendo noticias y publicidades) expedientes judiciales, digestos y anuarios municipales. Una variedad como esta es una oportunidad para sortear la trampa de los géneros documentales, la cual puede alentar la reproducción de una mirada compartimentada.

El caso santafesino: ver o no ver

Como en toda la región litoral y pampeana de Argentina, Santa Fe se transformó de manera notable desde los últimos años del siglo XIX y 1930. Las costumbres, los usos y los consumos estuvieron entre las pautas más modificadas. El consumo de alcohol creció de manera visible por los contemporáneos, de la mano del crecimiento del mercado, de la ciudad y de la población, así como de la creciente influencia de formas novedosas de comunicación entre las que se contó la publicidad. De esta manera, en una Santa Fe que había dejado atrás recientemente la turbulencia política armada, nuevas costumbres, creencias y saberes, moldearon la forma en que la sociedad santafesina percibió la bebida. Dado que su consumo aparece en ámbitos diversos es necesario dar cuenta de esa diversidad para poder analizar el imaginario sobre el alcohol.

A comienzos del siglo XX la capital provincial y los pueblos cercanos fueron de 10.400 habitantes (en 1887) a cerca de 60.000 en el relevamiento de 1914. De la mano de ello, la actividad en las calles de la ciudad se expandió y complejizó y, con ella, el consumo de bebidas alcohólicas. El puerto, sus alrededores y los nuevos barrios se poblaron de almacenes y expendios de bebida. Si bien estos negocios no puede verse en las publicidades (como sí puede hacerse con el consumo más distinguido de restaurantes y hoteles) sí aparecen en digestos y anuarios municipales, que registraron la economía local y en las aún multifacéticas fuentes policiales.

En 1881, la Policía de la capital realizó el primer empadronamiento de la actividad comercial de la ciudad del que se tenga conocimiento. En él se ve qué proporción de la actividad comercial legal se relacionaba con el alcohol (aproximadamente un tercio de ella). En esos tomos puede percibirse un rasgo que las décadas siguientes verán acentuado: los distintos consumos, considerados de acuerdo al perfil socioeconómico de los consumidores, tienen grados diferentes de visibilización (Milanesio, 2014).

En ese marco, el costado menos visible del consumo de alcohol fue la preocupación médico-científica. Exceptuando a la prensa, fue escasa la enunciación del alcoholismo como una patología o dolencia orgánica que concerniera a la salud pública, al menos hasta la reforma dada hacia fines de la década de 1930. No obstante, desde 1902, los digestos municipales incluyen, en los listados de causas de decesos por enfermedades, al alcoholismo crónico y agudo y a la cirrosis de hígado. Estos presentan números sumamente bajos, lo cual sugiere que no se trató de una visibilizada por los ciclos de atención estatal sino al momento de recibir al individuo para su atención.

Esta poca presencia de los discursos medicalizadores sobre el alcohol tuvo un correlato en la prensa local durante esos años el cual, no obstante, comenzó a cambiar, como se verá en el apartado siguiente. En los primeros años del siglo predominó, aun la lectura moral sobre los peligros del alcohol, en clave civilizatoria:

Santa Fe es un enorme garifo y una inmensa taberna. Hay un mostrador de plomo en cada esquina y una casa de juego tras de cada mostrador. Ya

no son los viejos y los profesionales del tapete verde, los que consumen la vida, la energía y la voluntad en la llama reductora de la avaricia vestida de placer: son también ahora los jóvenes, casi niños, los que siguiendo la huella trazada por los mayores, con el ejemplo o la indiferencia, se entregan ciegamente al vicio, restando al porvenir de la patria el tributo legítimo de su virilidad moral.

Por complacencia malsana o por egoísmo de negociantes, la sociedad tolera ese descarrío y así acontece que tenga el juego amparo y a la vez sea amparador de círculos nacidos para elevar el concepto de sus miembros y que el alcohol sea beneficiario y beneficiado de centros de cultura aparente. (*Santa Fe*, 1919, p. 2)

La noticia que integra este fragmento es ilustrativa de muchas otras, que comienzan a poblar las publicaciones periódicas. En ellas, la preocupación central sigue siendo la moral, pero esta no está en peligro principalmente por la bebida, sino que el alcohol comienza a ser desplazado del rol de causa al de un elemento más de esos paisajes decadentes o inmorales. Otro rasgo que se repetirá es la virtual ausencia de la enunciación de la violencia como un factor determinante de la situación narrada.

Otra forma en que la ebriedad puede hallarse en los documentos es en la manera en que se midió. Existe una línea que une, por ejemplo, expresiones informales, que han quedado registradas en expedientes criminales, con términos presentes en documentos normativos que prescriben la conducta de los efectivos policiales. En los expedientes consultados (conjunto que comprende casos de 1870 a 1915), distintos individuos buscan acusar, excusarse, explicar acciones diciendo que habían estado “algo ebrios” o “completamente” ebrios. Guiños al investigador, como la ausencia de repreguntas a los testigos luego de afirmaciones de ese tipo, abonan la noción de que se trataba de un motivo aceptado de un comportamiento delictivo, errático; esto es, que era un comportamiento esperable. Así, puede identificarse cómo se repite una escala de medición de cantidad de alcohol ingerido. En este caso, lo que atrapa la atención no es la existencia de estas expresiones usadas como estrategias, sino que ellas están presentes en discursos normativos de la institución que, hasta entrada la década de 1930, constituyó la principal responsable del control de la bebida: la policía.

En el Reglamento Interno de la Policía de 1910 figuran los deberes de todos los agentes de la institución. Es llamativo cómo son subrayados, entre ellos, la elegancia, el decoro y la tranquilidad en la forma de conducirse en los lugares públicos. Al tratarse de la ebriedad y de los episodios escandalosos que solía comportar, las prescripciones son taxativas.

Art. 1099: Los agentes de policía deben proceder a la inmediata detención de toda persona que se encuentre en las calles, plazas, almacenes, cafés o cualquier otro lugar de acceso público, en completo estado de ebriedad.

Art. 1100: El mismo procedimiento deberán observar con las personas que, sin estar completamente ebrias, hayan perdido por efecto de la bebida el dominio absoluto de sus sentidos y se encuentren en el estado en que la práctica policial les llama de algo ebrio. Pero cuando el algo ebrio sea un vecino honesto, el agente se limitará a aconsejarle que se retire a su domicilio, haciéndole ver los peligros a que su estado puede exponerlo y lo acompañará a su casa si vive en las inmediaciones. [...] En conducción (sic) de un ebrio se procederá siempre con la mayor calma y circunspección a fin de evitar en lo posible el espectáculo desagradable que se produce cuando un ebrio se resiste y escandaliza. (Policía de Santa Fe, 1910, p. 217)

En la normativa correccional la bebida siguió siendo una elección moral. Y el peligro que representaba, en la escena pública, era de decoro, amenazado por los excesos visibles u ostensibles en el comportamiento del ebrio. Al considerar esto, la escala compuesta por expresiones como “completamente” o “algo ebrio” es una clasificación que solo tiene sentido a partir de la percepción del agente policial y los testigos. Por tanto, se prescribe la acción de reducir al mínimo posible las manifestaciones de esa ostentación excesiva; y además, también, se explicita que el trato no puede ser el mismo si la condición (de respetabilidad) y posición social del ebrio difieren.

Otra manera en que la policía afrontó la cuestión de la ebriedad y que tampoco contuvo la enunciación de la violencia como un factor determinante se ve en los registros diarios de las comisarías de Santa Fe y zonas aledañas, a partir de la segunda década del siglo XX. En situaciones como las que describe el siguiente fragmento, los sectores populares también utilizaron la ebriedad para posicionarse en un lugar de respetabilidad relativa, al menos ante la autoridad policial local. Mariano Pérez, vecino del pueblo de Arroyo Leyes, denuncia a su vecino Pedro Arévalo. Lo acusa de haberlo insultado y provocado, por estar ebrio:

Que en el día de la fecha, viniendo del trabajo por el Camino Real, fue insultado por Pedro Arévalo, que lo siguió como unos treinta metros, diciéndole que por qué no lo saludaba lo que el exponente le contestó que para qué lo iba a saludar si ellos no le contestaban el saludo y Arévalo le dijo yo te voy a enseñar mocosos de m[...]da y haciendo ademán de sacar arma lo seguía, y que después se volvió porque el padre de Arévalo le gritaba que lo dejase. (División de Estadística y Archivo, 1935-1942, p. 79)

Más allá del incidente puede resultar útil considerar el papel jugado por la policía. En este caso, incluso se desestimó la transgresión de ebriedad; por el contrario, los agentes establecieron una mediación y lograron un acuerdo entre los dos hombres. El oficial a cargo expresó en su informe que “Habiendo hablado entre los dos nombrados cada uno diciendo sus sentimientos por causas de vecinos y después de haber conbersado (sic) en presencia de esta autoridad, llegaron a un acuerdo de que en adelante se respetarán como amigos” (División de Estadística y Archivo, 1935-1942, p. 80).

Los episodios de ebriedad registrados en la actividad diaria de las comisarías de la capital y la zona aledaña no suelen ir más allá de una gresca, de riñas pasajeras, cuyo perfil presenta cierta correspondencia con los números de arrestos: la gran mayoría de ellos no involucró agresiones interpersonales serias ni portación de armas, aunque sí desorden público. La policía, cuyas acciones fueron centrales en la materia y cuya labor debía guiarse por los preceptos de un reglamento estructurado de acuerdo a criterios de decoro y que distinguía entre los sujetos respetables y los que no lo eran, también se orientó a mediar en los vínculos, y no solo a la represión inmediata e *in situ* de los altercados.

La prensa como lugar de enunciación de bebida

Por su parte, la prensa se ocupó incansablemente de la ebriedad, del alcoholismo y de sus consecuencias para la sociedad. De hecho, es en este registro documental que comienza a asentarse una mirada de estos temas en clave médica. Por otra parte, en la prensa también convivieron la bebida reprobable, inmoral o enferma, con sus formas aceptables, e, incluso, deseables. Por ello, el alcohol resultaba una presencia natural y cotidiana, también en sus formas no transgresivas, a los lectores de estos periódicos. Es en relación con estas formas que, en la prensa local, comienza a esbozarse la discusión por el alcoholismo, por el flagelo social que representaba, por su condición de enfermedad.

Dentro de la miríada de noticias, crónicas y notas de opinión sobre el alcohol, se destaca una disposición de los tópicos más específicos: las noticias sobre los aspectos científicos o las políticas de Estado siempre trataban sobre sucesos del extranjero o de la capital del país, mientras que las noticias locales estuvieron en su mayoría dedicadas a riñas en zonas de la ciudad que eran de dudosa reputación y a episodios desgraciados protagonizados por borrachos. Las noticias sobre prohibicionismo, temperancia y otras formas de lucha antialcohólica, así como las notas científicas en que se describía la patología del etilismo se ubican escenarios fuera de Santa Fe (como EEUU, Europa y Buenos Aires). En ellas, el alcohólico es descrito como una víctima antes que como una amenaza:

Al principio una copa es inofensiva, cree que estimula sus fuerzas, un vermouth entre amigos es un acto de cortesía, luego se repiten las copas y la costumbre sobreviene y tras algunos años el estómago languidece, las fuerzas se debilitan y la voluntad se esclaviza, entonces le alcohol mina el organismo progresivamente y el vicio se arraiga apareciendo en las facciones los síntomas del estrago pues la nariz se enrojece, las manos tiemblan y desapareciendo la vergüenza considera sus terquedades y disparates como actos de los naturales. De noche, las pesadillas lo atormentan y los vómitos matinales lo fastidian, siente hormigueos en los brazos y en las piernas y los músculos se irritan vencidos por la debilidad. (*Santa Fe*, 1926, p. 4)

En esta reflexión sobre la política prohibicionista estadounidense, el alcohólico sufre de una enfermedad silenciosa que lo sorprende y lo doblega. Los rasgos físicos, psíquicos y emocionales, esas pesadillas, se centran en la experiencia de la intoxicación. A la vez, se da como natural un marco de acción médico-institucional (hospitalario, manicomial) que no forma parte de la realidad santafesina. En noticias como esta, se alza la alarma por los efectos del alcoholismo y se proponen medidas que comprenden el control correccional, impositivo y la implementación de campañas antialcohólicas. A pesar de ello, no se ha comprobado una relación entre opiniones como estas y la implementación de políticas orientadas a paliar dicha afección. En relación a ello, la oferta terapéutica para el alcoholismo no aparece en las fuentes oficiales sino, al menos, hasta la década de 1940.

En este patrón, en que las noticias sobre ciencia o política sanitaria se detienen en la cuestión del alcohol, los casos discutidos nunca son santafesinos.

Al ocuparse de la realidad local la mayoría de las noticias narra casos de ebriedad, enfrentamientos, peleas, grescas, que tuvieron lugar barrios y lugares de reunión puntuales. De esta manera, se consolidó la tendencia a retratar episodios en los que la violencia ya no se narraba como una amenaza; antes bien, predominó la descripción de cuadros tristes, miserables, protagonizados por individuos que dormían en comisarías y destacamentos, despojados de los bríos artificiales que les brindaba lo bebido (*El Orden*, 1930a). Aquí, sigue destacándose la inmoralidad de la ebriedad, aunque otros elementos comienzan a tener mayor presencia, como el rol de las mujeres en la “cura” del vicio (*Santa Fe*, 1926).

Otra forma de retratar a la víctima del alcohol también ganará fuerzas en las décadas de 1920 y 1930. En la prensa comercial, que desplegó nuevas estrategias para captar a un público ávido, el ebrio lastimero logró su cometido. La novedad de esta figura no es tanto la reflexión grave sobre los estragos del alcohol sobre el cuerpo, sino el énfasis hecho en la condición de indefensión a la que esta enfermedad expone al sujeto frente a abusos e injusticias. En el pasaje que se expone a continuación, esos maltratos provinieron de la policía:

Dimos cuenta en nuestra edición de ayer sobre un nuevo y salvaje atentado cometido en el transcurso de las primeras horas de la madrugada por dos agentes de la Comisaría 3a contra un indefenso ciudadano a quien condujeron a golpes de puño hasta el local de la referida seccional por el solo hecho de estar alcoholizado y de haberse resistido, en principio, a acatar la orden de arresto. Desde luego, que no puede sorprendernos en ningún sentido este nuevo malón de las autoridades policiales cuya prepotencia se viene perfilando con rasgos verdaderamente denigrantes para nuestra cultura. [...] El atentado de ayer pasará pues a la categoría de los hechos comunes. A lo que la policía ha dado en llamar desacato. (*El Orden*, 1930b, p. 8)

Este retrato permite tensionar algunos discursos ya revisados. Por un lado, la mencionada preocupación de la institución policial por establecer comportamientos decorosos en su tropa muy especialmente en situación de contravenciones públicas.

A la luz de denuncias como esta, no se trató de una cuestión saldada en esos años y tuvo en las situaciones de ebriedad un escenario recurrente. Por otro, este fragmento ilustra otra manera en que la violencia y el peligro representados por el ebrio en el siglo XIX dan lugar a la fatalidad, a la tragedia. Ahora bien, esa impronta de tristeza antes que de peligro no se restringió a los sectores pobres:

Los que contemplan impasibles a sus hijos iniciarse en el hábito de beber y que toman a gracia sus ensayos en el tapete verde o en la cancha de taba, en el primero, porque huele a aristocracia y en el segundo por patriotismo, como está de moda decir, cometen el mayor de los crímenes y merecen el desprecio colectivo. (*Santa Fe*, 1919, p. 2)

De esta manera, la preocupación por estas nuevas víctimas convivió con formas de impulsar un consumo de alcohol que se planteó como no peligroso y hasta deseable, distinguido. En el escenario discursivo santafesino, tópicos diversos sobre el alcohol, el decoro, la respetabilidad y la dimensión moral de la ingesta tuvo una visibilización mayor a la de las lecturas médico-científicas, aunque la regularidad de estas últimas comenzó a ser mayor. Por ello, es a partir de esa particular disposición de tópicos y estrategias en las prácticas discursivas que se destaca la necesidad de analizar la simbolización del alcohol como parte del entramado social de esos años vertiginosos en Santa Fe.

Para concluir...

En Santa Fe, entre 1870 y 1930 el consumo de alcohol se enuncia de manera constante, diversa y, en esas enunciaciones, el alcohol juega roles situados e identificables. Al reponer los contextos en que esas imágenes, opiniones y juicios fueron vertidos, se hace evidente que el historizar por qué y en qué circunstancias el alcohol fue un problema y cuándo fue una práctica aceptada y normal, supone necesariamente adentrarse en el imaginario santafesino sobre la bebida. Desde un punto de vista analítico ello significa no solo recorrer los sentidos específicos sino identificar cómo las formas aceptadas respetables se vincularon con las formas disruptivas de la alcoholización.

Estas formas distintas comparten una característica: estuvieron presentes de manera cotidiana. Hay algo que no aparece en las fuentes consultadas, aun en su diversidad: la sorpresa. De esta manera, la cercanía, la regularidad de una práctica es, en sí misma, un punto de partida muy interesante para establecer cuáles de sus aspectos, circunstancias, cantidades y otras características fueron mal vistas. Pues, si como se propone, la idea de considerar al consumo de alcohol solo y axiomáticamente como un problema no es un enfoque aconsejable, sí es cierto que debe establecerse con precisión cuándo y cómo sí lo era. En este sentido, haber podido identificar cómo instituciones como la policía sostienen a la visibilidad y al decoro

como variables determinantes de su accionar, resultan guiños para continuar indagando en estos sentidos.

De la misma manera, pudo comprobarse cómo existió un desplazamiento en las formas en que la violencia participó (o no) de los relatos de la ebriedad y, posteriormente, del alcoholismo, situados estos últimos preeminentemente en la prensa local. Las noticias más abundantes no retratan ebrios violentos sino hombres vencidos, doblegados bajo el peso de su condición. Puede sugerirse que esta figura común se desdobra, de acuerdo a la condición social del sujeto, en las figuras del ebrio lastimero, caído en desgracia, a la vista de toda la sociedad y la del alcoholista respetable, cuyo mal lo carcome por dentro, en silencio. Entonces, podrá continuarse la línea de indagación que hace de la visibilidad de las expresiones de este mal (vicio o enfermedad) un elemento clave de su simbolización.

Por otra parte, considerar la interdiscursividad del alcohol ha permitido reconocer las formas específicas en que géneros discursivos asociados por la narrativa histórica a sus sentidos más canónicos (el delito, el vicio) también alojan otras imágenes sobre el alcohol, tales como las ambivalentes funciones mediadoras y abusivas de la policía frente a los ebrios. Esta mirada *a contrapelo*, habilita puntos de encuentro entre dichos géneros y abren la posibilidad de explorar una circulación dialógica. En tal dirección, son indicios sugerentes la nombrada escala de percepción sobre cuán ebrio se hallaba alguien, sobre cuándo ya la cantidad bebida se transformaba en un problema y sobre los usos estratégicos que hacen de ella los testigos de un crimen o cómo esta funciona prescriptivamente para el accionar policial.

Frente a este panorama de sentidos que dialogan, que se complementan, que se contestan, sobrevuela el interrogante de por qué no existió un cúmulo de prácticas y medidas estatales de relevancia, por fuera de la exigua batería de prescripciones correccionales. Hacia 1930, Santa Fe presenta límites muy distintos entre la bebida normalizada y la condenada, de lo que signaron el siglo anterior. Será la década siguiente la que vea darse los primeros pasos en materia de salud en torno al alcoholismo y sus patologías asociadas. Por ello, la relación específica entre la discursividad sobre el alcohol y las prácticas desplegadas para afrontar sus formas problemáticas no podría lograrse, no obstante, sin la reposición previa de un imaginario cimentado a lo largo de todo el periodo de formación de la Santa Fe moderna.

Bibliografía

- Angenot, M. (2010). *El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Armus, D. (2002). Milonguitas en Buenos Aires (1910-1940): Tango, ascenso social y tuberculosis. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, n. 9, p. 187-207. doi: 10.1590/S0104-59702002000400009.
- Campos Marín, R. (1999). Entre el vicio y la enfermedad. La construcción médico-social del alcoholismo como patología en España (siglos XIX y XX). *Trastornos Adictivos*, v. 1, n. 3, p. 280-286.
- Dietler, M. (2006). Alcohol: Anthropological/archaeological perspectives. *Annual Review of Anthropology*, n. 35, p. 229-249. doi: 10.1146/annurev.anthro.35.081705.123120.

- División de Estadística y Archivo (1935-1942). Policía de la Provincia de Santa Fe. Libros diarios de Comisaría, paquetes correspondientes a los años 1935-1942, libro 2, p.79-81.
- Douglas, M. (1987). *Constructive Drinking: Perspectives on Drink from Anthropology*. New York: Routledge.
- El Orden. (1930a). Con un cuchillo de escasas dimensiones tuvo a raya a dos agentes del Escuadrón. *El Orden*, 13/01/1930.
- El Orden (1930b). La policía se ensañó con un ebrio indefenso. *El Orden*, 8/03/1930.
- Fahey, D.; Tyrrell, I. (2003). *Alcohol and Temperance in Modern History. An International Encyclopedia*. Santa Barbara: ABC-CLIO.
- Fernández, S. (2019). Ver de cerca, ver lo pequeño, ver lo diferente: Una cuestión de escala. En: Salomón Tarquini, C.; Fernández, S.; Lanzilotta, M.; Laguarda, P. (eds.). *El Hilo de Ariadna. Propuestas metodológicas para la investigación histórica*. Buenos Aires: Prometeo. p. 39-50.
- Fernández, S.; Sedran, P. (2019). Consumo respetable: Publicidades del alcohol en la Provincia de Santa Fe a inicios del siglo XX. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, v. 46, n. 2, p. 209-235.
- Fernández Labbé, M. (2008). Las puntas de un mismo lazo. Discurso y representación social del bebedor inmoderado en Chile, 1870-1930. En: Fernández Labbé, M. et al. (ed.). *Trabajo y alcohol. El alcohol y la formación de las identidades laborales en Chile. Siglos XIX y XX*. Osorno: Editorial Universidad de los Lagos. p. 91-120.
- Ferrari Gutiérrez, A. (2011). El alcoholismo como problema social para el Estado y la sociedad sanjuanina (1880-1910). *III Jornadas Nacionales de Historia Social*, 11 al 13 de mayo de 2011, La Falda, Córdoba, Argentina.
- Hanway, N. (2014). The Vineyard as a National Space in Nineteenth Century Argentina. En: Pierce, G.; Toxqui, Á. (eds.). *Alcohol in Latin America: A Social and Cultural History*. Tucson: University of Arizona Press. p.89-103.
- Heath, D. (1987). A decade of development in the anthropological study of alcohol use, 1970-1980. En: Douglas, M. (ed.). *Constructive Drinking: Perspectives on Drink from Anthropology*. New York: Routledge. p. 16-70.
- Herrera González, P.; Fernández Labbé, M.; Godoy Sepúlveda, E.; Muñoz Sougarret, J.; Venegas Valdebenito, H.; Yáñez Andrade, J. C. (2008). *Alcohol y Trabajo. El alcohol y la formación de las identidades laborales en Chile, siglos XIX-XX*. Santiago: Universidad de Los Lagos.
- Holt, M. (2006). *Alcohol: A Social and Cultural History*. Oxford: Berg.
- Jellinek, E. (1960). *The Disease Concept of Alcohol*. New Brunswick: Hillhouse Press.
- Lucero, J. (2017). Alcoholismo en las tesis de la facultad de ciencias médicas de Córdoba a fines del siglo XIX. *Revista de Salud Pública*, n. 1, p. 107-112.
- Mateu, A. (2016). El vino como alimento y como problema social. Las posturas de los expertos en medio del fomento del consumo y de la lucha contra el alcoholismo. Mendoza en las primeras décadas del siglo XX. *H-industri@*, v. 18, n. 10, p. 28-57. Recuperado de: <https://bit.ly/3FfM2r>.
- Menéndez, E. (2020). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Remedios de Escalada: EDUNLa. Recuperado de: <https://bit.ly/3mguxuz>.
- Milanesio, N. (2014). *Cuando los trabajadores salieron de compras. Nuevos consumidores, publicidad y cambio cultural durante el primer peronismo*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Piacenza, P. (2019). Qué dice una fuente: Los aportes del análisis del discurso. En: Salomón Tarquini, C.; Fernández, S.; Lanzilotta M.; Laguarda, P. (eds.). *El hilo de Ariadna. Propuestas metodológicas para la investigación histórica*. Buenos Aires: Prometeo. p. 135-143.

- Pierce, G.; Toxqui, Á. (eds.) (2014). *Alcohol in Latin America: A Social and Cultural History*. Tucson: University of Arizona Press.
- Policía de Santa Fe. (1910). Reglamento interno de la Policía del Departamento la Capital, sancionado por el gobernador Crespo el 6 de octubre de 1910, p. 291 y 292.
- Richard-Jorba, R. (2010). *Empresarios ricos, trabajadores pobres. Vitivinicultura y desarrollo capitalista en Mendoza, 1850-1918*. Rosario: Prohistoria Ediciones.
- Room, R. (2001). Intoxication and bad behaviour: understanding cultural differences in the link. *Social Science & Medicine*, n. 53, p. 189-198.
- Salazar, A. (2017). Visiones sobre el alcohol y la prohibición en los debates médicos y la prensa en Colombia, 1918-1923. *Trashumante: Revista Americana de Historia Social*, n. 9, p. 78-97.
- Santa Fe (1919). ¡Juegos, vicio, alcohol!. *Santa Fe*, 31 de octubre de 1919.
- Santa Fe (1926). El alcoholismo y sus consecuencias. *Santa Fe*, 1 de febrero de 1926.
- Sedeillán, G. (2008). La penalidad de la ebriedad en el código penal y en la praxis judicial bonaerense 1878-1888. *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, n. 8, p. 151-171.
- Sedran, P. (2021) Los senderos ambiguos de la ebriedad al alcoholismo. Santa Fe (1900-1930). En: Sedran, P.; Carbonetti, A.; Bolcatto, V. (comps.). *Prácticas y practicantes de la salud en Santa Fe: del curanderismo a la biomedicina. Siglos XIX y XX*. Buenos Aires: Teseo. p. 185-209.
- Sedran, P. (2018). *Moral y orden. Sentidos y prácticas en la transformación de los comportamientos públicos (Santa Fe, 1856-1890)*. Buenos Aires: Teseo.
- Sedran, P.; Carbonetti, A. (2019). Miracle cures: advertisements for various medications in the Santa Fe press, Argentina (1890-1918). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 26, n. 4, p. 1121-1137. doi: 10.1590/S0104-59702019000400005.
- Stein, S. (2014). Essence and Identity: Transformations in Argentine Wine, 1880-2010. En: Pierce, G.; Toxqui, Á. (eds.). *Alcohol in Latin America: A Social and Cultural History*. Tucson: University of Arizona Press. p. 210-241
- Saignes, T. (1989). Borracheras andinas: ¿Por qué los indios ebrios hablan en español? *Estudios y Debates*, n. 1, p. 83-127.
- Tomsen, S. (1990). Alcohol, violent crime and social power. En: Vernon, J. (ed.). *Alcohol and Crime*. Canberra: Australian Institute of Criminology. p. 47-58.
- Vázquez, M. F. (2018). Degeneración, criminalidad y heredo-alcoholismo en Colombia, primera mitad del siglo XX. *Saúde e Sociedade. São Paulo*, v. 27, n. 2, p. 338-353. doi: 10.1590/S0104-12902018180137.



*Foto: Lewis Wickes Hine (1874-1940).
Familia cosechando algodón. 11 octubre 1916.
National Child Labor Committee collection, Library of
Congress, Prints and Photographs Division.*

La problemática de la asistencia médica rural en la España franquista (1939-1966)

Enrique Perdiguero-Gil¹, Eduardo Bueno², Josep Barcelo-Prats³
y Josep M. Comelles⁴

Introducción⁵

Recién finalizada la Guerra Civil española (1936-1939), tras la victoria militar de quienes se sublevaron contra el régimen republicano constitucional y establecieron una dictadura encabezada por el general Francisco Franco, el Boletín Oficial del Estado publicó una orden por la que se consideraba necesario convocar oposiciones al Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria⁶:

...actualmente [hay] un número considerable de plazas vacantes [...] [y] se hace preciso, en méritos de justicia, facilitar el acceso al expresado Cuerpo, con la mayor rapidez posible a aquellos médicos que habiendo aportado en una u otra forma su contribución personal a la reconquista de España, sientan a la vez deseos y vocación para el ejercicio del referido cargo. (Boletín Oficial del Estado, 1939, p. 5712-5713)

Algo más de una década después, en 1950, en *Profesión Médica*, publicación periódica que actuaba como portavoz oficioso de los médicos titulares, apareció el artículo “Lo que el viento se llevó” que, aunque no se refería tan solo al medio rural, expresaba gran inquietud por el futuro de la actividad médica tal y como había venido ejerciéndose en los últimos decenios, debido a la colectivización de la asistencia. Escrito

¹Doctor en Medicina. Catedrático de Universidad, Instituto Interuniversitario López Piñero, Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante, España.

²Doctor en Historia. Profesor Ayudante Doctor, Instituto Interuniversitario López Piñero, Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante, España.

³Doctor en Antropología. Profesor Lector Serra Hünter, Departamento de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.

⁴Doctor en Medicina y Cirugía. Catedrático Emérito de Antropología Social, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.

⁵Este trabajo ha sido financiado por el proyecto “Reforma sanitaria y promoción de la salud en el tardofranquismo y la transición democrática: nuevas culturas de la salud, la enfermedad y la atención” (HAR2015-64150-C2-1P, Ministerio de Economía y Competitividad de España/Fondos FEDER de la Unión Europea) y realizado en el marco de la red temática NISALDes (RED2018-102413-T, Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades).

⁶Los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria eran los que asistían en los municipios a los enfermos sin medios económicos. Con anterioridad se les denominó médicos titulares.

como si se relatase algo que “...razonaba a su joven ayudante cierto médico viejo, esperando sentado en su consulta particular que entrase algún cliente...”:

¡Malos tiempos para los médicos y buenos para los enfermos! Los hombres de ciencia y los sociólogos se dan mucha prisa por acabar con las enfermedades y con las injusticias humanas. Las sulfamidas y los antibióticos han barrido materialmente capítulos importantísimos de la Patología. A este paso nos quedaremos pronto sin tíficos, sin tuberculosos y sin conecrosos [sic]; en fin, sin ejercicio profesional. Las reformas sociales, a su vez, colaboran con los investigadores para dejarnos en mitad de la calle.

Los EEUU que entienden la sanidad como todo, a lo grande, han votado cantidades astronómicas para el estudio de los últimos productos terapéuticos (Cortisona y A.C.T.H.) que apuntan la solución de los reumatismos y de la alergia. Casi, amigos, lo único que nos quedaba [...]

Esto se acaba. Y habrá que ir pensando, seriamente, que en una sociedad civilizada y socializada, los médicos resultan algo superfluo, a no ser que a falta de enfermos que curar se transformen, a su vez, en profilácticos. (No-guerra, 1950, p. 1)

Poco después, en 1951, en la revista *Horizonte*, portavoz de los médicos del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Barcelona que trabajaban para el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), se decía con respecto al tipo de ejercicio médico que en el mencionado seguro estatal se llevaba a cabo:

Consecuencia en gran parte de todo ello, y es lo más grave, es que el médico pierde su influencia social y cristiana en el seno de las familias. Aquel médico de cabecera, afectuoso, paternalista, que nos vio nacer, que nos conoce y que en momentos de angustia y de dolor lleva la tranquilidad al hogar que se siente seguro bajo su sombra, tiende a desaparecer para dejar paso a una caricatura de médico funcionario que no conoce a sus pacientes, que desconfía de ellos, que tiene miedo de ser engañado, que ve limitados su conciencia y práctica por las frías normas de un reglamento a veces ilógico.

El médico que hasta ahora (inclusive fuera del ejercicio de su profesión) gozaba por sus conocimientos y más por los valores morales inherentes a su misión de un saludable prestigio en la sociedad, formando parte de este caudal de defensas espirituales que atesora la clase media, irá paulatinamente perdiendo este carácter hasta verse despojado de toda influencia que no sea estrictamente burocrática. (Baselga & Abelló Vila, 1951, p. 8)

En 1966, en un libro compendio de artículos sobre medicina rural, debidos a Ángel María de Lera, un escritor hijo de médico rural, que previamente habían aparecido

en la revista profesional *Tribuna Médica*⁷, se discutía la mutación que había sufrido la práctica profesional con la creciente incorporación del campesinado al SOE. Así, un médico indicaba, hablando de sí mismo:

...ya no es más que “el tío del volante”. El papeleo nos vuelve locos. Jamás he gastado tanta tinta como desde que se estableció el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Todavía no comprendo el porqué de tener que extender una receta para cada producto. Si, por ejemplo, se prescriben cuatro medicinas para un mismo paciente, es de precepto escribir cuatro recetas, en cada una de las cuales ha de hacerse constar el nombre del beneficiario, número de la cartilla, etcétera. ¿No es perder demasiado tiempo y esfuerzo? Eso sin contar los partes, los oficios que se reciben y qué sé yo la de órdenes, contraórdenes, instrucciones y demás que tiene uno que aprenderse de memoria para no incurrir en falta [...] Pero aguarde usted, amigo, que la gente no hace más que pedir: “Don Cecilio, que necesito algodón y alcohol para las inyecciones esas que usted me mandó”; “Don Cecilio, que quiero que me mande usted otra vez aquellas pastillas que me sentaron tan bien” [...] y aspirinas, y supositorios, y colirios. Nada, que el médico termina por no ser más que un escribiente, lo que yo digo: “el tío del volante”. Se recetan ellos mismos y ¿qué ha de hacer uno? ¿estarse enfrentando a cada momento con la gente, llevándose disgustos y más disgustos? (De Lera, 1966, p. 59)⁸

Recientemente, se ha publicado el libro *Cuando ya no puedes más* (Gavilán, 2019), en el que su autor narra el desgaste que le había supuesto la práctica de la medicina en un centro urbano de atención primaria. Su opción para superar su *burnout* le llevó a trasladarse al ámbito rural. En la entrevista en la que el diario *El País* se hacía eco de la publicación, Enrique Gavilán afirmaba:

La medicina de familia tal y como la conozco sigue subsistiendo en el medio rural, que es donde conserva su esencia, donde se le puede dedicar el tiempo suficiente al paciente, hay cercanía, se puede trabajar de cara a la comunidad, una atención continuada a lo largo del tiempo [...] En un entorno urbano es más complicado. La demanda es más alta, la presión asistencial, también. (Linde, 2019)

Estos fragmentos ponen de manifiesto algunos de los problemas que la asistencia médica, en particular la ejercida en el medio rural, tuvo durante el franquismo: imposibilidad de cubrir todos los puestos previstos para proveer de atención médica a los municipios rurales, especialmente a los de menor tamaño; sentimiento por

⁷Se publicaron 23 capítulos, con periodicidad semanal, desde el 8/05/1965 hasta el 8/10/1965. Los números de la revista *Tribuna Médica* fueron del 51 al 73 ininterrumpidamente.

⁸El “volante” era el documento por el que los médicos titulares o los médicos de zona urbanos remitían los enfermos a los especialistas. En este caso se refiere a todo documento que debía expedirse para llevar a cabo la asistencia sanitaria en el seno del SOE.

parte de los médicos de pérdida del modo de practicar la medicina tal y como idealmente venía siendo concebida (Valenzuela Candelario, 1994); pérdida de su ascendiente sobre los pacientes y de su condición de figuras de referencia para las familias; modificación de las demandas de los pacientes, burocratización de la asistencia como resultado de la implantación del SOE; y, hasta hoy mismo, la consideración de la práctica médica rural como el único ejercicio médico verdadero. Estas cuestiones han de situarse en un contexto en el que los habitantes del agro no tuvieron acceso a una asistencia sanitaria equiparable a los residentes en el ámbito urbano hasta 1966, y no del todo, pues solo a mediados de la década de 1970 se produjo la equiparación total (Vilar Rodríguez & Pons Pons, 2015). Asimismo, hay que tener en cuenta que España sufrió un creciente despoblamiento del medio rural como consecuencia de la paulatina migración a las ciudades. En 1900, el 50,8% de la población vivía en municipios de menos de 5.000 habitantes; en 1930 este porcentaje descendió el 40,2% y en 1950 al 33,5%. La tendencia se aceleró tras el abandono de la autarquía y la incorporación de España, a inicios de la década de 1960, a la economía de mercado. En 1970, la población que residía en municipios de menos de 10.000 habitantes ya solo era del 33,9%. En las aglomeraciones urbanas de más de 100.000 habitantes vivía el 36,7% de la población, un porcentaje que en 1980 ya suponía el 40% (Instituto Nacional de Estadística, 1900-1980).

El médico titular

La figura del médico titular tiene su origen en los médicos de pobres que aparecieron en la Baja Edad Media en pueblos y ciudades (McVaugh, 1993; Ferragud, 2005). Eran contratados por los municipios para atender a los enfermos que por su situación económica no tenían acceso a asistencia médica. Esta figura se consolidó a lo largo de la Edad Moderna (Ortiz Gómez *et al.*, 1995; Fernández Doctor & Arcarazo García, 2002; Granjel, 2002). Por ejemplo, una ciudad portuaria como Alicante, situada al sureste de la península ibérica, contaba con dos o tres de estos médicos que constituían la cúspide de los asalariados sanitarios locales. Sus obligaciones eran atender a los “pobres de solemnidad”, censados por el municipio, pasar visita a los enfermos ingresados en el hospital y elaborar aquellos informes que sobre cualquier asunto de salud pública les solicitase el consistorio (Perdiguero Gil, 2002; Bueno Vergara & Perdiguero Gil, 2014, 2017). El municipio también contrataba a cirujanos (sin formación universitaria), una matrona y a los “morberos”, encargados de la sanidad marítima y, por tanto, de evitar la importación de enfermedades epidémicas (Perdiguero Gil & Zarzoso, 2010; Bueno Vergara & Perdiguero Gil, 2015). Los médicos titulares continuaron existiendo a lo largo de todo el periodo contemporáneo, extinguiéndose paulatinamente tras la aprobación de Ley General de Sanidad, de 1986, ya superada la dictadura franquista.

En el caso de los municipios de menor tamaño, solo era posible obtener asistencia médica a través del médico titular, puesto que habitualmente era el único residente en la villa. No solo se ocupaban de los pobres. El resto de la población tenía

acceso a sus cuidados mediante el pago de una cantidad satisfecha periódicamente denominada “igualada”, cuyo montante era muy variable según la región y el número de habitantes del municipio. El médico recibía un tanto fijo por cabeza, con independencia del uso de la consulta, la edad, el sexo y las necesidades de los “igualados”. Con ello, el médico se aseguraba unos ingresos fijos y los “igualados” y sus familiares se aseguraban la atención médica. En las ciudades, en las que también existían médicos titulares, quienes se lo podían permitir tenían acceso a la medicina privada, con pago por acto médico. En las zonas más industrializadas del país (Madrid, Cataluña, Navarra, el País Vasco) fueron surgiendo mutuas, evolución de las sociedades de socorros mutuos, mediante las cuales los trabajadores, pagando unas cuotas periódicas, obtenían asistencia médica y farmacéutica (León-Sanz, 2016). Para los pobres, además de los “titulares”, quedaban los cuerpos de beneficencia municipal, existentes en ciudades de mayor tamaño, y los hospitales de beneficencia, tanto pública como privada. Mediado el siglo XIX, la Ley de Sanidad de 1855 estableció la obligatoriedad de que cada provincia contase con un hospital civil, situado en la capital, que se ocupase de los menesterosos.

La presencia de los médicos titulares y sus obligaciones fueron reguladas a nivel estatal desde inicios del siglo XIX y, especialmente, en el primer tercio del siglo XX. Se estableció su número en función de la cifra de habitantes del municipio o conjunto de municipios, los “partidos médicos” (1854, 1964, 1905); se constituyó y reglamentó el Cuerpo de Médicos Titulares al que se accedía mediante una prueba de carácter nacional (1904); se consolidaron sus atribuciones en el ámbito de la salud pública, pasando a ser considerados Inspectores Municipales de Sanidad (1925); y en 1934, durante la II República, un nuevo reglamento estableció, a partir del cuerpo de titulares, el de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) que, en buena medida, seguiría vigente en las siguientes décadas, usándose, indistintamente, ambas denominaciones (Comelles *et al.*, 2020).

La irrupción del Seguro Obligatorio de Enfermedad

El nuevo Estado que se edificó tras la victoria rebelde, en un contexto de cruenta represión contra la población vencida, supuso un reparto de competencias entre las diferentes facciones que habían apoyado la sublevación militar. El Ministerio de Trabajo fue confiado al sector falangista, situando al frente a José Antonio Girón de Velasco, que ejerció el cargo entre 1941 y 1957. Bajo su égida se desarrolló la política de asistencia sanitaria del régimen, que tuvo en la implantación del SOE la máxima expresión de la peculiar idea de revolución social que sustentaba este partido fascista (Thomàs, 2001; 2019). Las actividades relativas a la salud pública, dependientes del Ministerio de Gobernación, y en el que estaban encuadrados los médicos de asistencia pública domiciliaria, fueron confiadas al sector católico-militar, que no pudo competir con el empuje de los falangistas (Serrallonga i Urquidi, 2007). El SOE se puso en marcha de manera efectiva en 1944 (Bueno Vergara & Perdiguero-Gil, 2019). La tarea de planificación, desarrollo y gestión fue encomendada

al Instituto Nacional de Previsión (INP), que ya había desarrollado planes al respecto con anterioridad a la guerra, que no pudieron llevarse a la práctica (Álvarez Rosete, 2009). Su diseño, de configuración bismarckiana, se inspiró, como tantas otras políticas del momento, en los modelos de la Alemania nazi y la Italia fascista (Vilar Rodríguez & Pons Pons, 2013).

El SOE estaba destinado únicamente a trabajadores de bajo nivel salarial y, teóricamente, debía financiarse a través de las primas aportadas por trabajadores, empresarios y el Estado. Sin embargo, las aportaciones estatales tuvieron un carácter testimonial. En un primer momento, se consideraron trabajadores con bajos salarios a aquellos “productores” —término usado en el primer franquismo para designar a los trabajadores— que ingresaban menos de 9.000 pesetas anuales, umbral que fue aumentando con los años. Aunque la base de beneficiarios del SOE fue aumentando con el paso del tiempo, en 1954 solo un 30% de la población estaba cubierta y, a principios de la década de 1960, poco antes de aprobarse un nuevo marco legislativo sobre seguros sociales, que incluía la asistencia sanitaria, la Ley 193/1963 del 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social, la cobertura apenas alcanzaba al 50% de la población (Pons Pons & Vilar Rodríguez, 2014)⁹. Además de los asegurados también quedaban bajo la cobertura del seguro el cónyuge, ascendientes, descendientes, hijos adoptivos, hermanos menores de 18 años o incapacitados permanentes para el trabajo, una idea que estaba en sintonía con la conformación de la familia como unidad fundamental del nuevo Estado. Inicialmente, la cobertura se limitó a la medicina general, asistencia a los accidentes de trabajo, intervenciones quirúrgicas y partos. Desde 1947-1948 se fueron incluyendo especialidades, a excepción de la psiquiatría, cuya estructura asistencial se reorganizaría en el tardofranquismo (Novella, 2019; Simón Lorda, 2020). La hospitalización por patologías correspondientes a la medicina interna no fue incluida hasta los años sesenta. Las consultas de medicina general se llevaban a cabo en los consultorios propios del seguro, entidades concertadas, o, incluso, en los domicilios de los médicos, a no ser que el enfermo no pudiera desplazarse, en cuyo caso se producía la visita domiciliaria. Habida cuenta de la gran carencia de infraestructuras sanitarias del SOE, empresas privadas, mutualidades o igualatorios médicos —estructuras asistenciales gestionadas por los propios médicos— (Espriu, 1950), actuaron como “entidades colaboradoras” que a través de conciertos con el SOE asistían a los asegurados. Nada de esto estuvo disponible para la población rural.

Los atendidos por el SOE tenían derecho a una prestación farmacéutica dispensada con generosidad. Gratuita y sin restricciones supuso una de las mayores bazas propagandísticas del sistema asistencial, considerado por el régimen como el buque insignia de sus políticas de “justicia social” (Vilar Rodríguez & Pons Pons, 2013)¹⁰. Esta característica inicial del SOE —el “Seguro” como era conocido por las personas aseguradas y beneficiarias— fue construyendo un modo de relación

⁹Con el paso de los años, fue aumentando. A finales de 1970 ya era del 63,4% y a finales de 1974 era del 80,2% (Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Barcelona, 1972; Soler-Durall, 1978).

¹⁰Para un catálogo de las prestaciones del SOE, véase Instituto Nacional de Previsión (1958).

médico-paciente basado en la prescripción (García Guerras, 1946). Las consultas de medicina general en ámbito urbano suponían la “atención” a 50 o 60 pacientes en un par de horas (Lanzas Orellana, 1945; Adoneguín, 1966). Sin tiempo para un reconocimiento, ni siquiera somero, la “receta” se constituyó en la moneda de cambio del acto médico (Miguel Andreu, 1966). El gasto farmacéutico resultado de estas circunstancias fue una de las causas que hizo del SOE un sistema insostenible (Pons Pons & Vilar Rodríguez, 2012). Pronto hubo que limitar la prescripción a un número limitado de medicinas, el denominado “petitorio”, a pesar de las reticencias de los falangistas (Redondo Rincón & González Bueno, 2013), muy conscientes del valor propagandístico de las recetas ante una asistencia médica que no alcanzaba los objetivos y expectativas que se había propuesto el SOE. La negativa percepción de los médicos ante esta situación aparece con frecuencia en las fuentes consultadas desde la implantación del SOE:

Aquí se da un caso semejante, con la agravante de que como no les ha de costar nada las medicinas, les cuesta menos trabajo llamar, sea para lo que sea: una simple coriza, una cefalalgia, una leve dermatitis y para que la niña o el niño, a quien la vecina encontró algo desmejorado, se le recete un bote o unas inyecciones buenas; para que la gruesa adelgace, para que la neurótica no se excite, para mitigar las contrariedades de un disgusto... y no terminaríamos nunca [...] También conocemos lo que se llama la “consulta médica familiar”. Le llaman a uno para un caso; después de reconocido y diagnosticado se le formula, y cree uno que ha terminado cuando dice la madre, la tía o cualquier persona de la familia: “Dígame, a mí me duele algo el *estómago*, aprovecho que ha venido usted para decírselo y que me mande”. En este momento surgen varias voces: “Pues a mí también me tiene que ver, porque me duele la cabeza”. “Y a mí, que estoy sin apetito”. “Pues a mí me tiene que mandar algo, que se me está cayendo el pelo”. (Orellana Lanzar, 1945, p. 2)

Esta situación persistía décadas después en el ámbito urbano, poco antes de la inclusión de los trabajadores del campo en la Seguridad Social:

Llega una mujer con un niño al médico del consultorio del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

—Doctor, el niño no me come.

—¿No? Pues este niño tiene muy buen aspecto...

—Sí, pero no me come. Usted, la otra vez, le recetó unas vitaminas que le fueron muy bien.

—¿Sí? ¿Qué vitaminas eran?

Y ya está extendiendo la receta.

—Verá usted como ahora recobra el apetito. Ya me lo dirá la próxima vez que...

La invita a salir, pero la mujer prosigue:

—Al que lo tengo verdaderamente mal es al abuelo. No para de toser en todo el santo día.

—Bueno, eso se debe a que fuma demasiado.
 —No, no. Usted le dio un jarabe tiempo atrás...
 —A ver, qué clase de jarabe...
 Receta y hace el ademán de despedirla. Pero la mujer le explica, puesta en pie para marchar:
 —Y mi marido, el pobre, illeva un cansancio encima! Si le viera, siempre está cansado.
 —Bueno —dice el médico —; después de catorce horas de trabajo cómo quiere usted que esté...
 —Sí, pero usted le mandó una vez ciertas inyecciones...
 Receta al canto, otra vez. Pero ya en la puerta, la mujer aclara:
 —Doctor, en realidad, yo venía porque mi reuma...
 —¿Y qué quiere que le hagamos a su reuma? Ahora, de cara al buen tiempo, este se le pasará.
 El doctor piensa: “Si no la saco de aquí acabará por contarme qué le duele a su cuñado, a su suegra y a su prima”. (Candel, 1976, p. 210)¹¹

El (des)encaje de la medicina rural en las políticas asistenciales del franquismo

Como venimos indicando, campesinos, autónomos o pescadores quedaron fuera de la cobertura del SOE, aunque solo la agricultura ya ocupaba en torno a un 46% del total de la población activa cuando este se instauró (Nicolau, 2005). Esta situación se explica por dos motivos fundamentales. Por un lado, por el rechazo a asumir las contribuciones empresariales por parte de los propietarios agrícolas, uno de los sectores que había apoyado el golpe de Estado. Por otro lado, por las dificultades para recaudar las cuotas de los campesinos, debido a las peculiaridades de la actividad agrícola —en especial, la de los temporeros— una parte muy importante de los trabajadores del campo. De este modo, la falta de voluntad política y las dificultades técnicas supusieron que más de la mitad de la población quedase, durante más de dos décadas, fuera del esquema de aseguramiento de Estado.

La no inclusión del campesinado en el SOE no evitó que, desde el principio, los médicos titulares mostrasen sus reticencias a que el “Seguro” llegara al campo. La oposición de los médicos a cualquier colectivización de la asistencia sanitaria ha sido la norma a lo largo de la historia, pero en el ámbito urbano, a pesar de las protestas de los que se agruparon en el seno de los colegios profesionales en comisiones de contratados por el Seguro Obligatorio de Enfermedad (CASOE), la llegada del nuevo esquema de aseguramiento suponía nuevas oportunidades. Dado que trabajar en el SOE no exigía dedicación exclusiva, el sueldo obtenido por dos horas

¹¹La obra que contiene esta descripción fue publicada en 1968 (Candel, 1968), pero fue censurada, secuestrados los ejemplares distribuidos y no pudo ver la luz hasta después de la muerte del dictador (Candel, 1976).

de consulta, más las visitas domiciliarias, suponían un atractivo para unos profesionales que podían mantener sus consultas privadas, la atención a los afiliados a las mutuas y empleos en otras ramas de la administración sanitaria. Sin embargo, en el medio rural, los médicos lo percibían como una clara desventaja económica. La asistencia a los pobres, que justificaba la existencia de las plazas de médicos de asistencia pública domiciliaria, no llevaba aparejada, en especial en los municipios de menor tamaño, un sueldo acorde con lo que los médicos esperaban recibir como universitarios. Aparte de la consulta privada, solo saneada en municipios de mayor tamaño, una parte sustancial de sus ingresos eran generados por la “igualada”. La perspectiva, al inicio solo teórica, de una población asegurada y que, por tanto, no necesitase pagar esa “igualada”, suponía una grave amenaza para el modo de vida de los médicos rurales, que ya consideraban su práctica en tal medio como aislada y sometida a sevicias como el servicio permanente, sin libranzas ni vacaciones.

Los médicos de asistencia pública domiciliaria quedaron desde el primer momento asimilados al SOE (1944), de modo que debían prestar asistencia a cualquier asegurado que residiese en su partido médico. Las dudas generadas al respecto, pues se trataba de una superposición de dos redes asistenciales diferentes, cada una dependiente de dos ministerios que no se coordinaron entre sí (Palanca, 1965), obligaron a que se dictasen normas aclaratorias a finales de 1947 e inicios de 1948 (Boletín Oficial del Estado, 1947, 1948). Se unificaron, por tanto, ambas redes asistenciales, pero con consecuencias muy diferentes para la población y los médicos según la actividad económica y el lugar de residencia. La población rural solo continuó teniendo acceso a los médicos de asistencia pública domiciliaria, excepto en los pocos casos en los que algunos colectivos se pudieron afiliar al SOE (por ejemplo, los mineros). En el medio urbano, aunque lentamente, el número de asegurados fue creciendo. Como hemos comentado, para los médicos trabajar en el SOE suponía un estipendio más dentro de un contexto de pluriempleo médico generalizado. En el medio rural, aunque al inicio no hubo casi cobertura del SOE, la perspectiva de lo que podría ocurrir en un futuro supuso una oposición al nuevo esquema, todo lo frontal que podía ser en un régimen dictatorial. La medicina rural, por tanto, no encontró un encaje adecuado en el esquema asistencial generado en torno al SOE. El progresivo despoblamiento del agro, con una mengua en los ingresos procedentes de las “iguales” fue un factor determinante en el rechazo al esquema asegurador puesto en pie por los falangistas.

Las autoridades trataron de evitar, mediante reformas frecuentes, que los municipios rurales quedasen sin atención médica. Una de las primeras medidas, para remediar los impagos del salario de los médicos de asistencia pública domiciliaria por parte de los consistorios fue abonarlos con cargo a los presupuestos del Estado en el caso de los pequeños municipios (1941). También se “cerraron” partidos médicos en poblaciones de menos de 6.000 habitantes, de modo que en ellos solo pudiese ejercer el médico de asistencia pública domiciliaria, en 1951. Se trató, sin éxito, de facilitar el acceso a las plazas de médico titular teniendo en cuenta el tiempo en el que se había ejercido en un municipio como interino, en 1958. En 1961, los salarios de los municipios de mayor tamaño también pasaron a ser abonados por el Estado

y no por las corporaciones locales (Comelles *et al.*, 2020). Ninguna de estas medidas consiguió que se cubriesen las numerosas vacantes de médicos de asistencia pública domiciliaria en municipios pequeños, por lo que la menguante población rural tuvo cada vez más dificultades para obtener asistencia médica. En este contexto, hay que situar los diversos planes de extensión de la cobertura sanitaria a los trabajadores del campo. Se trataba de aminorar el éxodo migratorio a las ciudades ofreciendo mejores servicios, aunque el vaciamiento de la España interior era ya imparable. Estos proyectos, fracasados en las primeras intentonas (Vilar Rodríguez & Pons Pons, 2015; Perdiguero Gil & Bueno Vergara, 2020), se consideraron por parte de los médicos de asistencia pública domiciliaria como el anuncio de un empeoramiento radical en su economía, práctica profesional y consideración social, por lo que fueron rechazados con creciente virulencia. José Ramón Reparaz, su representante nacional, y presidente del Colegio Oficial de Médicos de Vizcaya, indicaba:

Hay una diferencia entre la medicina social y la socializada. Y ello hay que discriminarlo bien, para no restar eficacia y humanidad a la asistencia, para no despersonalizarla al convertirnos en unos funcionarios más, sin alma ni ideal [...] la ampliación de la base de afiliación a treinta y cuarenta mil pesetas, y la pretendida extensión del seguro de enfermedad al sector agrícola produjeron entre los médicos un profundo desasosiego por la pérdida del ejercicio profesional privado y consiguiente disminución en los ingresos. (Reparaz, 1960, p. 1-2)

La extensión de la cobertura a los trabajadores agrícolas podía suponer la pérdida de las igualas y de la clientela privada, por lo que:

Hoy, como ayer, el médico desea defender su economía y ejercicio tradicional, aceptando un seguro social que ampare, única y exclusivamente, a los económicamente débiles [...] ya que considera imprescindible la existencia de una masa de población formada por familias de recursos limitados, y clase media que permita el ejercicio privado de la profesión, y de esta forma poder complementar — las retribuciones del Seguro Obligatorio de Enfermedad, que siempre, por mucho que mejoren, serán deficitarias para la economía de los médicos. (*Profesión Médica*, 1960, p. 5)

Según Antonio Salamanca, médico titular de Villaverde de Medina (Valladolid) y presidente de la Asamblea Nacional de Médicos Titulares:

La Seguridad Social [no se] puede transformar en inseguridad médica [...] tenemos también perfecto derecho a exigir que la obra social se realice con respeto absoluto a estos tres postulados: 1º, Respeto a todos los derechos adquiridos en nuestra profesión; 2º, que no se nos haga perder nuestro excelso carácter de médicos de familia, base del prestigio, la confianza y la eficacia de nuestra asistencia, y 3º, remuneraciones decorosas. (Salamanca, 1960, p. 4)

Los médicos, ante esta situación, aportaron soluciones a los problemas técnicos que podían ayudar a “cualquiera que sea la fórmula salvadora del seguro de enfermedad, hoy en crisis deficitaria” (Noguera, 1960, p. 1). Se centraron en múltiples aspectos organizativos, pero sus propuestas siempre estaban jalonadas de referencias constantes a su argumento principal:

...porque es cristiano y es justo y es el único que la economía española permite: CEÑIR EL SEGURO A LOS ECONÓMICAMENTE DÉBILES PARA QUIENES FUE CREADO. Y DEJAR A LOS TRABAJADORES AUTÓNOMOS, A LOS QUE TRABAJAN POR CUENTA PROPIA —A LOS QUE PUEDEN COSTEARSE LA ASISTENCIA COMO SIEMPRE SE LA COSTEARON— PARA LOS IGUALATORIOS COLEGIALES, EN MANOS DE LOS PROPIOS MÉDICOS, SIN AFANES DE EXPLOTACIÓN INDUSTRIAL NI INTERMEDIARIOS. Los igualatorios colegiales darían trabajo a los médicos libres con clientelas expropiadas. (Noguera, 1960, p. 1). (Las mayúsculas en el original)

La extensión de la cobertura sanitaria al campesinado fue finalmente establecida por la Ley 38/1966, del 31 de mayo, sobre Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social, promulgada en el contexto de las arduas negociaciones que finalmente permitieron aplicar a inicios de 1967, lo dispuesto en la Ley de Bases de la Seguridad Social (1963). No obstante, el régimen agrario mantuvo algunas desigualdades en la cobertura de los campesinos con respecto a los trabajadores de otros sectores que no se corrigieron del todo hasta la aprobación del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Decreto 2065/1974, del 30 de mayo).

La desacralización del ejercicio médico rural

Como hemos visto al inicio de este capítulo, Enrique Gavilán se refugió en el ejercicio médico rural debido a la alienación de su práctica en el ámbito urbano que ya no le confería aquel carácter de “genuino”. Las razones de esta afirmación son, en parte, de carácter técnico: menos pacientes, mayor posibilidad de atención personalizada, oportunidades para la acción comunitaria, etcétera. No obstante, mantienen la ligazón con lo “prístino” de una determinada manera de entender la práctica médica como una profesión “diferente”. No es solo Gavilán el que incide hoy día en la cercanía de la medicina de familia, especialmente tangible en el medio rural. Los representantes de la Organización Médica Colegial, que agrupa a todos los Colegios Oficiales de Médicos, a los que es preciso afiliarse para ejercer la medicina, y de diversos colectivos médicos, expresan con frecuencia opiniones similares:

La medicina general y de familia debe mantener un dinamismo extraordinario para acumular conocimiento específico con el que buscar permanentemente la excelencia; un espíritu de servicio y carácter vocacional

desinteresado, por encima de intereses personales o de lucro; alto sentido del deber, capacidad de sacrificio y entrega en caso de necesidad, lo que es imposible especificar en contrato público. Debe ofrecer confianza al paciente mediante su capacidad para resolver o atender problemas, pero, además, generar confianza que, junto a la pericia, constituyen el eje de la relación especial entre médico y el paciente. El MGF debe considerar que es un agente nuclear en la sociedad actual, por la tecnificación de la actividad que realiza y por los altos costes de esta, por asignar buena parte de los costes variables del sistema a partir del conocimiento experto, experiencia y valores intrínsecos, y también por mantener una alta visibilidad social. Todo ello se corresponderá con el prestigio y valoración social y contribuirá al cambio de las condiciones de ejercicio profesional. (Rodríguez Sendín, 2018, p. 91-92)

La presencia, o al menos cercanía, del ejercicio de la medicina en el nacer y en morir, en el enfermar y en el sufrir, ha constituido una gran parte del rechazo a la colectivización de la asistencia médica, y por tanto a la burocratización y “funcionaria- lización”, se basó —y, en cierto modo, se basa— en la pérdida de ese papel “diferencial” de la profesión.

En el contexto de una España imbuida por el nacionalcatolicismo del régimen, el lenguaje utilizado durante el primer franquismo tuvo otros matices —aunque son similares en otros contextos—, e incidió en la “desacralización” del ejercicio médico, esto es en un alejamiento del su papel “sacerdotal”. Además, el médico rural —casi no había médicas—, formado en el medio urbano, debía adentrarse en tierra extraña, en el ámbito de las creencias y las supersticiones, y ejercer una labor “misional” anunciando la buena nueva: la ciencia médica. Rodríguez López (1895, 1896, 1910), un médico gallego, expresó claramente en sus obras la lucha del médico por imponer su hegemonía en lo que consideraba el ambiente rural como hostil. En la misma línea pueden interpretarse las obras de “folkmedicina” que, describiendo las prácticas populares, trataron de dar razón de las negociaciones (implícitas) que el médico rural de inicios y mediados del siglo XX llevaba a cabo para tratar de establecer la preeminencia de sus modos de gestionar la salud y la enfermedad frente a aquellos que estaban arraigados en la población (Perdiguero & Comelles, 2014).

El presidente del Colegio de Médicos de Ciudad Real, una provincia de la España interior, expresaba la “pérdida” que percibían los médicos de su “misión” frente al triunfo de la tecnología:

Nos preocupa la proletarización del médico. Por un lado, hay una parte de la sociedad, la más culta pero menos numerosa, que propugna una medicina clásica, liberal, “sacerdotal”, en la que el enfermo elija libremente a su médico, estableciéndose así una comunicación de confianza mutua, de simbiosis espiritual. Del otro lado está la gran masa, en su mayoría acogida a los seguros sociales, que cree que el médico es un mero servidor de la técnica que les deslumbra y a la que tuvieron escaso acceso hasta muy recientemente. Ignoran incluso el nombre del médico que les asignan y únicamente les

interesan los “rayos”, los “análisis”, la “tensión” y toda suerte de aparatos, con muchos “botones” y “luces” [...] ¡mucho mejor! Esta medicina innominada, proletaria, burocrática, barata es una medicina deshumanizada. [...] Nos preocupa la situación de los médicos rurales, con emolumentos en descenso por la despoblación constante de muchos lugares, en algunos de los cuales es francamente alarmante. [...] Nos preocupa sobre todo la pérdida de prestigio y la creciente desconsideración que se advierte para con el médico. (San Martín, 1964, p. 9)

Tal visión, matizada, también apareció en los informes sociológicos que, no por casualidad, se publicaron cuando se estaba discutiendo la trabajosa reforma que cerró la etapa del SOE y llevó al nuevo esquema de Seguridad Social (Vilar-Rodríguez & Pons-Pons, 2020). Es el caso del referido a la provincia de Barcelona:

La imagen ideal del profesional de la Medicina sigue siendo la del médico de cabecera o general [...] las cualidades típicas de la profesión —que no se relacionan con el virtuosismo o una capacidad extraordinaria— se perfilan con referencia al médico general. Seguramente los mejores puestos de trabajo se logran siendo un buen especialista, pero el gran público concede su aprecio al doctor que atiende todos sus males, que le pregunta por sus hijos y que se preocupa de su bienestar general. (Del Campo Urbano, 1964, p. 30)

Un informe publicado por el propio Ministerio de Trabajo, del que dependía el SOE, interpretaba la contestación de la profesión médica:

Un reproche general a la institución ha sido el de que ha eliminado la relación médico-enfermo, elemento trascendental de todo proceso curativo, al que ha interpuesto todo un enojoso “aparato burocrático” entre el médico y el asegurado, que por sí mismo hace distante y fría la relación que debería ser humana y cordial. Pero probablemente la argumentación esté basada más en un ideal de hoy, que en una realidad del pasado; no es tanto una aspiración antes satisfecha y ahora frustrada, cuanto el ideal de resolver hoy un problema que ciertamente existe. (Andrés Orizo, 1964)

La situación de menoscabo percibida por los médicos rurales generó una iniciativa, la construcción de “Un grandioso monumento al médico rural” (Visea Bustamante, 1964a). Propuesta por varios médicos de Guadalajara, provincia situada en el centro de España y en la que se ubicaría, partía de la imagen “misional” a la que venimos aludiendo:

...una noche del invierno pasado, áspera, dura, en que caía una lluvia fría que calaba hasta dentro, estábamos cenando en una venta de una carretera de la provincia, y al salir pensamos que quién sería el pobre médico que esa noche tuviera que andar por los campos. Nos conmovió la idea [...] y pensamos que

había que levantar un monumento a ese médico heroico, que lo ha entregado todo por la humanidad y por la humilde gente de los campos. (Visea Bustamante, 1964a, p. 4)

Historias muy similares habían aparecido y seguirían apareciendo en obras que se ocupaban del ejercicio médico en el ámbito rural (Lara, 1945; De Lera, 1966), así como en varios relatos autobiográficos (Comelles *et al.*, 2020).

El proyecto tuvo una gran acogida entre la profesión, sucediéndose en los meses siguientes a la propuesta numerosas noticias y comentarios sobre el particular en la revista *Tribuna Médica*. Presidentes de colegios de médicos, a quienes se entrevistaba en una sección fija de la revista (*Al habla con...*), manifestaron lo idóneo de la iniciativa y su apoyo a tan merecido reconocimiento. Altos cargos del régimen apoyaron el proyecto, como el director general de Sanidad, Jesús García Orcoyen, el presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), Alfonso de la Fuente Chaos e, incluso el propio Francisco Franco, según recogía el reportaje publicado en la cabecera profesional (Visea Bustamante, 1964a).

Conviene que nos detengamos en el boceto del monumento que hizo el escultor encargado de su diseño y ejecución, Victorio Macho, pues muestra el “carácter espiritual” que se le confería a la práctica médico rural, cuya continuidad estaba amenazada. De grandes dimensiones, en su interior se ubicaría una ermita abovedada, mientras que el exterior estaría adornado de grandes tallas en altorrelieve que representaban el nacimiento, la vida y la muerte (Visea Bustamante, 1964a, p. 5). El conjunto monumental sería rematado por la representación del médico rural, una escultura ecuestre en clara alusión al Quijote —según el propio autor— de algo más de seis metros de alto, con el doctor sobre “un broncíneo rocinante”, envuelto en una capa con grandes pliegues, cabellos agitados por el viento, el brazo derecho frenando la marcha del caballo y el izquierdo extendido en ademán “fraterno hacia los niños, los ancianos, las madres, los enfermos y agonizantes que le invocan y esperan su humanísima y bienhechora llegada” (Visea Bustamante, 1964a, p. 5). Macho pretendía representar a los médicos rurales como “unos verdaderos sacerdotes que se han hecho dignos de este homenaje”. En otra entrevista concedida a propósito del mismo tema, abundando en estos calificativos, los hacía poseedores de “lo que podemos llamar una santidad laica” (Visea Bustamante, 1964b, p. 11). Una columna, publicada en una cabecera de prensa generalista, definía al médico rural, evocando la obra pictórica de Pablo Picasso, como un “el verdadero apóstol de la caridad y la ciencia [...] representación de una vida heroica que jamás podrá ser comprendida, agradecida ni ensalzada a tono de sus merecimientos” (Soroa, 1964, p. 17).

El monumento ecuestre se erigió finalmente, pero ni fue el “grandioso” proyecto de Victorio Macho, ni se realizó en el punto geográfico elegido... ni siquiera se desarrolló en la etapa del régimen franquista. Fue en 1986, en la localidad cántabra de Potes, en una zona montañosa del norte de la península ibérica, en la que se instaló una obra mucho más modesta, pero que mantiene la esencia del arquetipo del médico rural: a caballo, ataviado con capa, protegiéndose del viento con su mano derecha y sosteniendo las bridas con la izquierda. Si en la década de 1960 resultaba

un anacronismo representar al médico a lomos de un equino, todavía lo era más a mediados de la década de 1980, pero seguía simbolizando la práctica médica “genuina”, la del médico/misionero rural.

Epílogo

El frustrado monumento al médico rural es una buena muestra de las contradicciones de la problemática de la medicina rural en los primeros 25 años de la España franquista.

Tras más de dos décadas de abandono de la población rural, el Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social (1966) supuso un nuevo escenario en el que la meneguante población rural fue obteniendo unas prestaciones sanitarias similares a las del resto de trabajadores. Pero los encargados de prestar tal asistencia consideraban que la continuidad de su modo de entenderla no iba a resultar posible. El éxodo poblacional que se produjo desde el interior peninsular hacia los enclaves costeros y la capital del Estado fue un aspecto que condicionó muy seriamente la presencia de sanitarios titulares en poblaciones más reducidas y dispersas. Los pueblos, vaciados de moradores y de actividad económica, no ofrecían a los médicos un mercado de clientes mediante el cual completar unos salarios que, en todo momento, fueron considerados incompatibles con la dignidad de profesionales universitarios. Tampoco el modelo ideal de médico tenía cabida en el sistema asistencial de la Seguridad Social.

La anacrónica figura del heroico médico rural del proyectado monumento de 1964 y del finalmente instalado en 1986 muestra una medicina rural que no pudo ni quiso adaptarse a los cambios sociales y de la práctica médica. El arquetipo de médico rural —todavía vigente hoy día— fue enarbolado como símbolo del genuino ejercicio médico y depositario de las supuestas esencias de una España agraria en franco declinar.

A mediados de la década de 1970, cuando la reforma sanitaria pasó a formar parte de la agenda política, los médicos titulares no encajaron en los sucesivos proyectos reformadores ni en la definitiva Ley de Sanidad de 1986 que consagró, sin demasiado éxito, el modelo de atención primaria de salud como el sillar del sistema asistencial (Perdiguerro-Gil & Comelles, 2019). El halo misional del médico rural se mantuvo —se mantiene en cierto modo—, pero había muy poca tierra que evangelizar y el ejercicio médico especializado y hospitalario fue y es el realmente prestigioso.

Bibliografía

- Adoneguín, M. (1966). Antiguos problemas del SOE que se replantean en la Seguridad Social. *Profesión Médica*, n. 846, p. 4.
- Álvarez Rosete, A. (2009). Elaborados con calma, ejecutados con prisa. El avance de los seguros sociales y la evolución del Instituto Nacional de Previsión en España entre 1936 y 1950. En: Castillo, S.; Ruzafa, R. (eds.). *La previsión social en la Historia. Actas del VI Congreso de Historia Social de España. Vitoria, 3-5 de julio de 2008*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores. p. 235-263.

- Andrés-Orizo, F. (1964). Origen y estructuras formales del seguro obligatorio de enfermedad. En: Martín López, E. (ed.). *Estudio sociológico sobre el seguro obligatorio de enfermedad. Tomo 1. Fundamentación teórica y planteamiento metodológico. Origen y estructuras formales del seguro de enfermedad*. Madrid: Ministerio de Trabajo. Secretaría General Técnica. s/p.
- Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Barcelona (ADHB) (1972). *Los hospitales españoles ante el III Plan de Desarrollo*. Barcelona: ADHB.
- Baselga, M.; Abelló Vila, P. (1951). La situación actual del médico como clase media. *Horizonte*, v. 3, n. 21-22, p. 7-8.
- Boletín Oficial del Estado (1939). Orden de 30 de septiembre de 1939 de la Dirección General de Sanidad. Convocatoria de oposiciones a plazas de médicos de Asistencia Pública Domiciliaria. Boletín Oficial del Estado del 11 de octubre de 1939.
- Boletín Oficial del Estado (1947). Orden de 25 de noviembre de 1947, se unifican los servicios de los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria y los del Servicio del Seguro de Enfermedad. Boletín Oficial del Estado del 4 de diciembre de 1947.
- Boletín Oficial del Estado (1948). Orden de 26 de enero de 1948, normas para que la Orden de 25 de noviembre de 1947 quede redactada en la forma que se indica. Boletín Oficial del Estado del 16 de febrero de 1948.
- Bueno Vergara, E.; Perdiguero Gil, E. (2019). Mejor curar que prevenir: Dispositivos asistenciales y actividades preventivas en el primer franquismo. En: Moreno Seco, M.; Fernández Sirvent, R.; Gutiérrez Lloret, R. A. (eds.). *Del siglo XIX al XXI. Tendencias y debates*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. p. 1972-1983.
- Bueno Vergara, E.; Perdiguero Gil, E. (2014). El papel del médico como *experto* en la gestión de la salud municipal en el Alicante del siglo XVIII. En: Campos Marín, R.; González de Pablo, Á.; Porras Gallo, M. I.; Montiel, L. (eds.). *Medicina y poder político*. Madrid: SEHM y Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.
- Bueno Vergara, E.; Perdiguero Gil, E. (2015). Resguardo de la salud, comercio marítimo y centralismo borbónico: El caso del puerto de Alicante en el siglo XVIII. En: Iglesias Rodríguez, J. J.; Pérez García, R. M.; Fernández Chaves, M. F. (eds.). *Comercio y cultura en la Edad Moderna. Comunicaciones de la XII Reunión científica de la Fundación Española de Historia Moderna*. Sevilla: Universidad de Sevilla. p. 1229-1242
- Bueno Vergara, E.; Perdiguero Gil, E. (2017). La asistencia domiciliaria en sus raíces históricas. Estudio de caso: Alicante en el siglo XVIII. *Hospital a Domicilio*, v. 1, n. 1, p. 11-20. doi: 10.22585/hospdomic.v1i1.7
- Candel, F. (1968). *Ser obrero no es ninguna ganga*. Barcelona: Ariel.
- Candel, F. (1976). *Ser obrero no es ninguna ganga* (2ª ed.). Barcelona: Laia.
- Comelles, J. M.; Perdiguero-Gil, E.; Bueno, E.; Barceló-Prats, J. (2020). Por caminos y veredas: la práctica médica rural bajo el franquismo (1939-1979). En: Martínez-Pérez, J.; Perdiguero-Gil, E. (eds.). *Genealogías de la reforma sanitaria en España*. Madrid: Los Libros de la Catarata. p. 63-124.
- Del Campo Urbano, S. (1964). *Problemas de la profesión médica española (Informe preliminar)*. Madrid: Comisión Nacional Española del Instituto Internacional de Estudios de Clases Medias.
- De Lera, Á. M. (1966). *Por los caminos de la medicina rural*. Salamanca: Graficesa.
- Espriu, J. (1950). Proyecto de igualatorio colegial y seguro obligatorio de enfermedad. *Horizonte*, n. 2, 4-5.
- Fernández Doctor, A.; Arcarazo García, L. A. (2002). Asistencia rural en los siglos XVII y XVIII: los tipos de “conducción” de los profesionales sanitarios en Aragón. *Dynamis*, v. 22, p. 189-208. Recuperado de: <https://bit.ly/32boAYX>.

- Ferragud, C. (2005). *Medicina i promoció social a la Baixa Edat Mitjana (Corona d'Aragó, 1350-1410)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Gavilán, E. (2019). *Cuando ya no puedes más*. Valencia: Anaconda.
- García Guerras, L. (1946). El seguro social de enfermedad y las recetas de complacencia. *Profesión Médica*, n. 64, p. 2.
- Granjel, M. (2002). Médicos y cirujanos en Extremadura a finales del siglo XVIII. *Dynamis*, v. 22, p. 151-187. Recuperado de: <https://bit.ly/32cZOr0>.
- Instituto Nacional de Estadística (1900-1980). *Anuarios estadísticos de España*. Fondo documental. Recuperado de: <https://www.ine.es/inebaseweb/25687.do>.
- Instituto Nacional de Previsión (1958). *Las prestaciones del Seguro de Enfermedad*. Madrid: Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión.
- Lara, J. M. (1945). *De la vida médica rural*. Dos Hermanas: Imprenta Díez.
- Lanzas Orellana, J. (1945). Comentarios sobre la práctica médica en el seguro de enfermedad. *Profesión Médica*, n. 29, p. 2.
- León-Sanz, P. (2016). Medical Assistance Provided by La Conciliación, a Pamplona Mutual Assistance Association (1902-84). En: Harris, B. (ed.). *Welfare and Old Age in Europe and North America: The Development of Social Insurance*: Pickering & Chatto. p. 137-166.
- Linde, P. (2019). Un jefe estúpido puede ser peor para el corazón que el colesterol. *El País*, 22 de octubre de 2019.
- McVaugh, M. (1993). *Medicine Before the Plague: Practitioners and Their Patients in the Crown of Aragon 1285-1345*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Miguel Andreu, S. (1966). La misión del médico no puede reducirse a la de un simple dispensador de recetas. *Profesión Médica*, n. 835, p. 1-2.
- Nicolau, R. (2005). Población, salud y actividad. En: Carreras, A.; Tafunell, X. (eds.). *Estadísticas históricas de España: siglos XIX-XX*. Bilbao: Fundación BBVA. p. 79-154. Recuperado de: <https://bit.ly/33ID9nh>.
- Noguera, E. (1950). Lo que el viento se llevó. *Profesión Médica*, n. 187, p. 1.
- Noguera, E. (1960). Paréntesis y alerta. *Profesión Médica*, n. 563, p. 1.
- Novella, E. J. (2019). Los límites de la tecnocracia: el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica y la modernización autoritaria de la asistencia psiquiátrica en la España del segundo franquismo. *Dynamis*, v. 39, n. 1, p. 73-97. doi: 10.30827/dynamis.v39i1.8667.
- Orellana Lanzar, J. (1945). Comentarios sobre la práctica médica en el seguro de enfermedad. *Profesión Médica*, n. 29, p. 2.
- Ortiz Gómez, T.; Quesada Ochoa, C.; Valenzuela Candelario, J.; Astrain Gallart, M. (1995). Health professionals in mid eighteenth century Andalusia: Socioeconomic profiles and distribution in the Kingdom of Granada. En: Woodward, J.; Jutte, R. (eds.). *Coping with sickness. Historical aspects of health care in a European perspective*. Sheffield: European Association for the History of Medicine and Health Publications. p. 19-44.
- Palanca y Martínez-Fortún, J. A. (1965). Los errores iniciales del seguro obligatorio de enfermedad. En: Hatzfeld, H. *La crisis de la medicina liberal*. Adaptación española con introducción, notas y apéndice bibliográfico, a cargo de D. Felipe Solé Sabarís. Barcelona: Ariel. p. 201-211.
- Perdiguero Gil, E. (2002). Con medios humanos y divinos: la lucha contra la enfermedad y la muerte en Alicante en el siglo XVIII. *Dynamis*, v. 22, p. 121-150. Recuperado de: <https://bit.ly/3siQ7Cv>.

- Perdiguero Gil, E.; Bueno Vergara, E. (2020). Hay una diferencia entre la medicina social y la socializada: las resistencias de los médicos españoles a la colectivización de la asistencia sanitaria y la ampliación de la cobertura sanitaria (1944-1963). En: González Madrid, D. A.; Ortiz Heras, M. (eds.). *El estado del bienestar: entre el franquismo y la transición*. Madrid: Sílex. p. 95-124
- Perdiguero, E.; Comelles, J. M. (2014). Medicina popular, compromiso profesional y educación sanitaria en España. *Scripta Ethnologica*, v. 36, p. 7-40.
- Perdiguero Gil, E.; Comelles, J. M. (2019). The defence of health. The debates on health reform in 1970s Spain. *Dynamis*, v. 39, n. 1, p. 45-72. doi: 10.30827/dynamis.v39i1.8666.
- Perdiguero Gil, E.; Vidal Hernández J. M. (eds.). *La ciudadela de los fantasmas. Lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno*. Mahón (Menorca): Institut Menorquí d'Estudis. p. 29-48
- Perdiguero Gil, E.; Zarzoso, A. (2010). La sanidad marítima en dos ciudades mediterráneas de la corona de Aragón durante el siglo XVIII: Barcelona y Alicante. En: Perdiguero Gil, E.; Vidal Hernández, J. M. (eds.). *La ciudadela de los fantasmas. Lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno*. Menorca: Institut Menorquí d'Estudis. p. 29-48.
- Pons Pons, J.; Vilar Rodríguez, M. (2012). Labour repression and social justice in Franco's Spain: the political objectives of compulsory sickness insurance, 1942-1957. *Labor History*, v. 53, n. 2, p. 245-267. doi: 10.1080/0023656X.2012.679400.
- Pons Pons, J.; Vilar Rodríguez, M. (2014). *El seguro de salud privado y público en España: su análisis en perspectiva histórica*. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Profesión Médica* (1960). Conclusiones de la Asamblea de Médicos Titulares de España. *Profesión Médica*, n. 549, p. 5.
- Redondo Rincón, M. G.; González Bueno, A. (2013). La implantación de la prestación farmacéutica en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (1944-1955). *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, v. 79, n. 4, p. 658-688.
- Reparaz, J. R. (1960). En defensa de la posición de los médicos ante las proyectadas ampliaciones del seguro obligatorio de enfermedad. *Profesión Médica*, n. 545, p. 1-2.
- Rodríguez López, J. (1895). *Ligeros apuntes sobre las supersticiones en Galicia*. Lugo: Imprenta de El Regional.
- Rodríguez López, J. (1896). *Las preocupaciones en medicina*. Pontevedra: Gráficas Torres.
- Rodríguez López, J. (1910). *Supersticiones de Galicia y preocupaciones vulgares*. Madrid: Imprenta de Ricardo Rojas.
- Rodríguez Sendín, J. J. (2018). El médico general y de familia que necesita la sociedad en el siglo XXI. *Medicina General y de Familia*, v. 7, n. 3, p. 91-92. doi: 10.24038/mgyf.2018.030.
- Salamanca, A. (1960). Los representantes provinciales de los médicos titulares ratifican en su Asamblea los acuerdos de la Junta Central. *Profesión Médica*, n. 549, p. 3-5.
- San Martín, C. M. (1964). Al habla con el presidente del Colegio de Médicos de Ciudad Real, el Dr. Enrique López de Coca Moreno. *Tribuna Médica*, 7 de noviembre de 1964, v. 1, n. 25, p. 9-11.
- Serrallonga i Urquidí, J. (2007). El cuento de la regularización sanitaria y asistencial en el régimen franquista. Una primera etapa convulsa, 1936-1944. *Historia Social*, n. 59, p. 77-98.
- Simón Lorda, D. (2020). Atención psiquiátrica. Salud mental y salud pública en el tardofranquismo. En: Martínez Pérez, J.; Perdiguero Gil, E. (eds.). *Genealogías de la reforma sanitaria en España*. Madrid: Los Libros de la Catarata. p. 127-154
- Soler-Durall, C. (1978). La planificación de la salud pública en su vertiente hospitalaria. *Jano*, n. 306, p. 11-19.

- Soroa, A. (1964). *Hoja del Lunes*, 27 de enero de 1964, p. 17.
- Thomàs, J. M. (2001). *La Falange de Franco: fascismo y fascistización en el régimen franquista, 1937-1945*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Thomàs, J. M. (2019). *Los fascismos españoles*. Barcelona: Ariel.
- Valenzuela Candelario, J. (1994). El espejismo del ejercicio libre. La ordenación de la asistencia médica en la España decimonónica. *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, v. 14, p. 269-304. Recuperado de: <https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/105960>.
- Vilar Rodríguez, M.; Pons Pons, J. (2013). The Introduction of Sickness Insurance in Spain in the First Decades of the Franco Dictatorship (1939-1962). *Social History of Medicine*, v. 26, n. 2, p. 267-287. doi: 10.1093/shm/hks082.
- Vilar Rodríguez, M.; Pons Pons, J. (2020). La ley de bases de la Seguridad Social de 1963: ¿una oportunidad perdida? En: González Madrid, D. A.; Ortiz Heras, M. (eds.). *El estado del bienestar: entre el franquismo y la transición*. Madrid: Silex. p. 125-156
- Vilar Rodríguez, M.; Pons Pons, J. (2015). La cobertura social de los trabajadores en el campo español durante la dictadura franquista. *Historia agraria: Revista de agricultura e historia rural*, n. 66, p. 177-210.
- Visea Bustamante, J. M. (1964a). Un grandioso monumento al médico rural. *Tribuna Médica*, 24 de octubre de 1964, v. 1, n. 23, p. 4-5.
- Visea Bustamante, J. M. (1964b). El monumento al médico rural visto por Victorio Macho. *Tribuna Médica*, 7 de noviembre de 1964, v.1, n. 25, p. 11.



Foto: Lewis Wickes Hine (1874-1940).

Joven costurera con curva dorsal derecha, escoliosis. (Fragmento). Enero 1917.
National Child Labor Committee collection, Library of Congress, Prints and
Photographs Division.

Estrategias organizacionales y disputas gremiales en el Programa de Atención Médica Integral del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI-INSSJP) entre 1971-1973

Valeria Natividad Almirón¹ y Juan Pablo Zabala²

El objetivo de este capítulo es analizar la implementación del Programa de Atención Médica Integral (PAMI) del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), tanto en las estrategias institucionales desplegadas para brindar servicios de atención médica como en la relación que estableció con los otros actores del campo de la salud entre 1971 y 1973.

El 13 de mayo de 1971, durante el gobierno *de facto* de Alejandro Lanusse de la autodenominada *Revolución Argentina*, se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados mediante el Decreto-Ley 19032. El nuevo organismo fue ubicado bajo la órbita de la Secretaría de Estado de Seguridad Social perteneciente al Ministerio de Bienestar Social (MBS) a cargo de Francisco Manrique, y desde sus inicios adquirió un papel relevante en el activo juego político que el ministro desplegó en los años siguientes. De hecho, el Instituto fue creado como respuesta a una serie de reclamos y movilizaciones de los jubilados durante los años previos que colocaron en la agenda pública el tema de la precariedad del sector, y su misión de brindar distintos beneficios servía al mismo tiempo para satisfacer al menos en parte esas demandas y para alimentar las expectativas de Manrique de ocupar la presidencia en una apertura democrática que ya se veía cercana.

Siguiendo el modelo de prestación de servicios sanitarios a través de instituciones gremiales que se consolidó en las décadas anteriores, y fue reafirmado por la Ley 18610 de Obras Sociales de 1970, el Instituto se convirtió en la obra social de

¹Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Becaria doctoral, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, con sede en Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.

²Doctor en Ciencias Sociales. Investigador, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, con sede en Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.

los jubilados y pensionados (Zabala *et al.*, 2018). Y al igual que en el resto de las obras sociales, los beneficios que brindaba el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados incluían diferentes rubros, tales como el acceso a planes de vivienda, asesoramiento previsional y planes de turismo social, entre otros. Pero la mayor carga estuvo puesta en la prestación de servicios médico-asistenciales a los jubilados y pensionados (y a su grupo familiar primario) pertenecientes a las Cajas Nacionales de previsión social a través del Programa de Atención Médica Integral, que pronto se convirtió en un sinónimo del Instituto. Esto implicaba un cambio sustancial para los destinatarios del Instituto, tanto para quienes pertenecían a la Caja de Autónomos, y contaban solamente con los servicios del sistema público de salud como única cobertura gratuita, como para quienes sí habían trabajado en relación de dependencia y permanecían en sus obras sociales de origen bajo diversas modalidades *especiales*, que no siempre garantizaban un acceso pleno a los servicios médicos (Belmartino, 1994).

También en su forma de gobierno el Instituto siguió el modelo de las obras sociales, donde la administración era ejercida por los representantes de los beneficiarios. En el caso del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en el que los beneficiarios eran los jubilados, se definió un organigrama que intentó, al menos formalmente, replicar este esquema. Así, su administración quedó a cargo de un directorio cuya presidencia estaba destinada a un representante de los jubilados y pensionados, y que estaba además integrado por otros tres directores en representación de los jubilados, dos en representación de los cotizantes activos y cinco en representación del Estado nombrados por el Poder Ejecutivo (República Argentina, 1971a). Este esquema suponía una cierta autonomía en el gobierno del Instituto por parte de los jubilados, aunque en los hechos esta se encontró con muchas limitaciones por parte del Poder Ejecutivo, generando una situación de intervención del organismo que perdura hasta la actualidad, y cuyo origen nos interesa analizar en este trabajo.

Durante el periodo que va desde la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados a la finalización de la *Revolución Argentina* en mayo de 1973, la implementación del Programa de Atención Médica Integral en el territorio nacional posicionó al Instituto como un actor relevante de la política social, y en particular del campo sanitario, que se vio favorecido por la cantidad de recursos financieros aportados por el nuevo organismo. Esta implementación se dio a partir de dos estrategias: la primera, consistió en brindar prestaciones a los afiliados a través de la contratación de servicios ya disponibles, ya sea del sistema público, obras sociales, institutos de servicios sociales o medicina privada. La segunda, apuntó al desarrollo de capacidades propias, esto es, de un sistema de prestaciones propias mediante el cual el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados empleaba a los profesionales y establecía el método de contratación y su remuneración.

Estas dos formas estaban previstas en la propia ley de creación del Instituto, que dictaba que los servicios médicos debían prestarse “...por sí o por intermedio de tercero...” (República Argentina, 1971a), y en los hechos resultaron complementarias

en pos de alcanzar en el menor tiempo posible el objetivo propuesto. Sin embargo, en su esencia se relacionaban de manera opuesta a la estructura heredada de prestación de servicios sanitarios: una, consolidando las relaciones entre los actores legitimadas al interior del campo sanitario; la otra, proponiendo nuevas formas de acceso a la atención médica que entraron en tensión con los intereses que sostenían los esquemas previos.

Nos interesa aquí, a partir de un conjunto de fuentes documentales como boletines y memorandos institucionales, y fundamentalmente la prensa periódica que resulta especialmente útil para conocer los posicionamientos públicos de los actores, analizar este proceso a la luz de distintas dimensiones de análisis, que recuperan aportes de diferentes investigaciones que se han concentrado sobre el periodo de la Revolución Argentina (1966-1973). En líneas generales, este trabajo se identifica con aquellos que se han centrado en el análisis de las políticas públicas, los actores y las ideas movilizadas en las intervenciones estatales en este campo desplegadas durante estos años (Felitti, 2005; Giorgi, 2010, 2015; Giorgi & Mallimaci, 2012; Gomes, 2011, 2017; Rodríguez, 2013; Osuna, 2017a, 2017b), a diferencia de los enfoques clásicos que se preocuparon por subrayar las características represivas y autoritarias de la época (De Riz, 2000; O'Donnell, 2008; Rouquié, 1983).

Y, en particular, nos interesa aportar al estudio del campo sanitario a partir de comprender los conflictos y las tensiones en torno a la implementación del Programa de Atención Médica Integral, entendidos como una arista particular del proceso más amplio de definición e imposición de instituciones y reglas de juego —a partir de intereses profesionales, corporativos y financieros— que en sus líneas generales ha sido descrito por Susana Belmartino en sus diferentes trabajos (Belmartino, 2011; Belmartino & Bloch, 1993).

Las estrategias de implementación del Programa de Atención Médica Integral / Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados: conflictos políticos internos y con la corporación médica

Analizaremos las dos estrategias de implementación del Programa de Atención Médica Integral a partir de dos tipos de conflictos que condicionaron su desarrollo: por un lado, los surgidos desde el interior del Instituto en torno a su conducción, y por el otro, los que el Instituto debió enfrentar con los actores externos, principalmente la corporación médica, como consecuencia de sus propuestas.

Los conflictos internos refieren a las continuas disputas entre el Poder Ejecutivo (en la figura del ministro Manrique) y el directorio del Instituto para administrar los recursos y trazar las estrategias del nuevo instituto. Para comprender estos conflictos, es necesario tener en cuenta que la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, el 13 de mayo de 1971, debe entenderse como el resultado de un doble proceso político: por un lado, de los reclamos que el movimiento de trabajadores jubilados y pensionados habían instalado en la arena

pública desde fines de la década de 1960. Y, por el otro, de un cambio en las políticas sociales del gobierno, que tuvieron un giro hacia una mayor intervención estatal durante los últimos años de la Revolución Argentina (Zabala *et al.*, 2018; Osuna, 2017a; 2017b).

De este modo, el Instituto estuvo atravesado, desde su inicio, por una tensión entre la autonomía para su manejo por parte de sus beneficiarios (los jubilados, representados por sus distintas asociaciones), y los intereses del Ministerio de Bienestar Social, de quien dependía administrativamente y era además uno de los principales aportantes de fondos³, y cuyo ministro Francisco Manrique presionaba para una pronta implementación de los servicios, con el interés evidente de capitalizar estas acciones en favor de su candidatura en las próximas elecciones presidenciales (Osuna, 2017a; 2017b), donde la política destinada a los adultos mayores sería el núcleo de su campaña (Manrique, 1983).

En un principio, en la resolución de esta tensión primó el reconocimiento —al menos en términos formales— de la autonomía de los jubilados, y la influencia del Ministerio de Bienestar Social se ejercía de un modo informal a partir de las relaciones personales. Así, el 15 de junio de 1971, un mes después de su creación, asumió el primer directorio encabezado por dos representantes del sector. La presidencia quedó a cargo de Pedro Urrutia, integrante de la Confederación General de Jubilados, Pensionados y Retirados del País —una de las asociaciones de mayor peso en las protestas de los años anteriores—, y la vicepresidencia de Palmiro Vanoli, miembro de la Asociación de Jubilados y Pensionados de Empresas Periodísticas, en cuyas designaciones se podía ver la influencia de Manrique (quien era, al igual ellos, también periodista).

Aunque ese equilibrio no duraría mucho tiempo, en ese contexto se dieron dos hechos significativos para el desarrollo de Instituto.

El primero, el 5 de noviembre de 1971, fue la creación de los *Pronósticos Deportivos* (PRODE) (República Argentina, 1971b), un juego de azar basado en anticipar los resultados de los partidos de fútbol que alcanzaría una enorme popularidad en la población (Cecchi, 2015). La ley establecía el modo en que las ganancias se repartirían entre los distintos involucrados (clubes de fútbol, Asociación Argentina de Fútbol, entre otros), y en su Artículo 3 especificaba que “...el producido neto que arroje la explotación del PRODE será depositado en cuenta especial del Ministerio de Bienestar Social de la Nación, quien lo distribuirá directamente asignándolo a los fines de su competencia”.

El segundo hecho tuvo lugar un día después, el 6 de noviembre de 1971, cuando el primer directorio le presentó al ministro Manrique un plan de acción con la estrategia de servicios propios del Programa de Atención Médica Integral, que tenía

³La Ley 19032 establecía que el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados se financiaría con el aporte del dos por ciento (2%) de los haberes que perciban jubilados y pensionados; del uno por ciento (1%) de los aportes personales a cargo de los trabajadores en relación de dependencia y autónomos; el ocho por ciento (8%) del producido neto de la Lotería de Beneficencia Nacional y Casinos dependiente del Ministerio de Bienestar Social. A esto se agregarían los fondos del PRODE, creado a fines de 1971 y que comenzó a operar en el campeonato de fútbol metropolitano iniciado en febrero de 1972.

previsto mediante etapas cubrir todo el territorio argentino (*La Nación*, 6/11/1971), para una población estimada de 1.400.000 beneficiarios del Sistema Nacional de Previsión (Feldman *et al.*, 1988). El plan fue lanzado públicamente el 21 de noviembre de 1971, y allí Palmiro Vanoli, a cargo de la conferencia de prensa de presentación, introdujo como director del programa al médico Domingo Suárez Boero (*La Nación*, 21/11/1971), un reconocido sanitarista que durante la década de 1980 sería técnico-asesor del Hospital de Pediatría SAMIC Profesor Juan P. Garrahan (Dal Bó, 2008).

Como hemos señalado, estas estrategias contemplaban, por un lado, brindar atención a partir del aprovechamiento de servicios ya disponibles, a través de la realización de contrataciones y convenios con diferentes prestadores (la salud pública, obras sociales, mutualidades, institutos de servicios sociales y medicina privada). Y por el otro, desarrollar una capacidad de atención propia del Programa de Atención Médica Integral, mediante la contratación de profesionales que prestarían sus servicios bajo la supervisión del Instituto.

Esta segunda estrategia, que analizaremos con más detalle en el siguiente apartado, fue la que presentó una mayor innovación con respecto a las dinámicas del campo de la atención médica, y al mismo tiempo fue el origen de los conflictos con el resto de los actores del campo, especialmente con el gremio médico.

El desarrollo de servicios propios en la Capital Federal y el conflicto con la corporación médica

La estrategia de desarrollar la capacidad de atención propia del Programa de Atención Médica Integral, que se aplicó en la Capital Federal durante el primer año del programa, es la que resulta más interesante con relación a la intención de promover dinámicas novedosas en la prestación de servicios médicos. Diseñado por un equipo de sanitaristas que habían participado en diferentes experiencias de planificación de recursos sanitarios en la década de 1960⁴, introdujo dos innovaciones en la organización de las prestaciones en relación con el acceso y las formas de pago. En términos concretos, las novedades que introdujo el Programa de Atención Médica Integral radicaban: por un lado, en la organización de los servicios a partir de la definición de tres niveles de atención, de creciente complejidad, en los que la derivación debía ser responsabilidad de un médico de cabecera, que remitía a la manera en que funcionaba el Sistema Nacional de Salud de Inglaterra (Arce, 2010). Por otro lado, se introdujo como modalidad el *pago per cápita*, esto es, una remuneración fija a cada médico por cada beneficiario asignado, independientemente de la cantidad de consultas que se le dedique a cada uno, como modo de desalentar las consultas médicas innecesarias (Golbert, 1988).

⁴Nos referimos a experiencias tales como el *Estudio sobre Salud y Educación Médica*, comúnmente denominado *la encuesta de salud* (Zabala & Librandi, 2018), en el que participó —entre otros— el médico Arnaldo Torrents, a quien diversos testimonios señalan como uno de los autores intelectuales del diseño del Programa de Atención Médica Integral (Hugo Spinelli, Dora Barrancos, comunicación personal).

Este diseño cuestionaba algunos de los principios que la corporación médica había logrado instalar como legítimos en las décadas anteriores, especialmente la *libre elección del médico por parte del paciente* y el *pago por prestación*, y de un modo más tangencial la *libertad de prescripción por parte del médico* (Belmartino, 2005). Desde el punto de vista del Programa de Atención Médica Integral, estas innovaciones estaban orientadas a evitar dos prácticas que amenazaban el equilibrio financiero de los sistemas sanitarios, y eran largamente reconocidas como rasgos constitutivos del campo local: la sobrestimación y la sobrefacturación.

En un esquema en el que el pago se realiza por cada intervención, estas prácticas suponían la posibilidad de que los médicos, amparados en la libertad que les otorga su criterio profesional, induzcan un uso mayor de los servicios (ya sea de consultas profesionales, de diagnósticos o de tecnología médica) del efectivamente necesario para aumentar sus ingresos como forma de obtener mayores pagos.

Las características del novedoso Programa de Atención Médica Integral fueron ampliamente publicitadas en la prensa durante los primeros meses del programa. Allí se detallaba que el primer nivel de complejidad suponía el diagnóstico, tratamiento y cuidado del afiliado de manera ambulatoria por parte de un médico de cabecera, a domicilio o en su consultorio, incorporando una nueva figura: la asistente de cuidado (*La Nación*, 11/07/1971). El siguiente nivel, de complejidad intermedia, implicaba consultas con especialistas y de ser necesaria la internación del afiliado. Las especialidades que incluía fueron cardiología, gastroenterología, neumotisiología, traumatología y ortopedia, dermatología, reumatismo y aparato locomotor, neurología, psiquiatría, ginecología, urología, otorrinolaringología y oftalmología (*La Nación*, 11/07/1971). Y finalmente el tercer nivel, de mayor complejidad, estaba orientado a enfermos convalecientes, de rehabilitación o enfermos crónicos y casos especiales (*La Nación*, 14/11/1971). Para ellos se planificaba, en un futuro, la construcción de establecimientos de ancianos y psiquiátricos orientados a pacientes geriátricos (*La Nación*, 15/06/1971).

La organización de los equipos profesionales se apoyaba, en el primer nivel, en la figura del *médico de cabecera*, que serían aquellos que se inscribieran para prestar servicio a través del Programa de Atención Médica Integral, y constituían la cartilla de profesionales disponibles que recibían un pago acorde a la cantidad de beneficiarios que debían atender, independiente de la cantidad de veces que cada uno lo consultara. El reclutamiento era promocionado en los matutinos, a través de vistosos anuncios de búsqueda y selección de médicos (Figura 1) (*La Nación*, 14/11/1971; 15/11/1971; 16/11/1971). El anuncio se dirigía a profesionales de la Capital Federal que quisieran integrarse como médicos generales del primer nivel de atención, destinado al “...diagnóstico, tratamiento y cuidado del enfermo ambulatorio en el consultorio privado o a domicilio, con el apoyo, a cargo del Instituto, de los servicios de enfermería, asistencia social y exámenes de laboratorio y radiológicos” (*La Nación*, 14/11/1971; 15/11/1971; 16/11/1971).

Al llamado de los médicos se sumó, en diciembre de 1971, la inscripción de enfermeras, trabajadores sociales y asistentes sociales (*La Nación*, 4/12/1971, 5/12/1971). A ello se agregaría la capacitación gerontológica que recibieron diferentes

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS

PROGRAMA DE ATENCION MEDICA INTEGRAL (P.A.M.I.)

Es propósito principal del Instituto brindar servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud de los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión, y a su grupo familiar primario, los cuales constituyen el diez por ciento de la población del país. Para cumplir con estos objetivos, ha creado el PROGRAMA DE ATENCION MEDICA INTEGRAL.

PROGRAMA

que asegure el DERECHO A LA SALUD de sus beneficiarios, por medio de: Acciones para la prevención y tratamiento de las enfermedades. Cuidado de enfermería domiciliar y ayuda en las tareas de la vida diaria. Empleo intensivo de técnicas de rehabilitación.

ATENCION MEDICA

que se sostiene y perfecciona sobre un núcleo básico; la relación del paciente y su médico, basada en la libre elección entre ambos. Este sistema respeta los legítimos derechos de los médicos y de los enfermos y se organiza mediante el pago por capitación, que dignifica la misión del médico, puesto que sus ingresos se corresponden con el número de inscriptos en su registro evitando el pago por prestaciones.

INTEGRAL

porque combina tres niveles escalonados de atención.
Primer Nivel de diagnóstico, tratamiento y cuidado del enfermo ambulatorio en el consultorio privado y/o a domicilio, con el apoyo, a cargo del Instituto, de los servicios de enfermería, asistencia social y exámenes de laboratorio y radiológicos;
Segundo Nivel de atención institucional para consulta con especialistas e internación de los pacientes agudos.
Tercer Nivel para convalecientes; de rehabilitación, y para enfermos crónicos y casos especiales.

LLAMADO A LOS SEÑORES MEDICOS DE LA CAPITAL FEDERAL

Las tareas del Primer Nivel estarán a cargo de MEDICOS GENERALES a quienes, el Instituto invita a ingresar al sistema, abriendo la inscripción a su registro para una posterior selección por zonas. Los restantes niveles se organizan con instituciones que reúnen condiciones adecuadas de complejidad médica.

REQUISITOS

- 1º) Médicos con consultorio habilitado en la Capital Federal, propio o compartido con otro colega y dotado de teléfono.
- 2º) Disponer de tiempo para la atención de los pacientes inscriptos en su lista, de acuerdo a las normas de trabajo del P.P.M.I.
- 3º) Concurrir al acto de inscripción con a) Su matrícula profesional (credencial médica) de la Capital Federal.

APERTURA DEL REGISTRO

En la sede del Instituto, entrada por Cerrito 836 —Entrepiso— desde el miércoles 18 al domingo 21 de noviembre, inclusiva. En el horario de 8 a 20 horas.

Figura 1. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Publicidad para la inscripción de médicos de la Capital Federal que deseen prestar servicios en el primer nivel de atención.

Fuente: *La Nación*, 11/04/1971.

especialistas, en un contexto donde la disciplina comenzaba a desarrollarse como saber médico (Rodríguez, s/f).

Estas iniciativas llevadas adelante por el primer directorio del Programa de Atención Médica Integral sufrieron el rechazo de la corporación médica, que desde mayo de 1971 se encontraba en un conflicto público con la Confederación General del Trabajo (CGT), en tanto representante de las obras sociales, por el modo en que se iba a reglamentar la Ley 18610, en particular por los modos de contratación de los médicos que permitiría la nueva regulación. En ese conflicto, la Confederación General del Trabajo promovía que la reglamentación de la nueva ley permitiera la

contratación de los médicos por medio de un salario (e incluso defendían posturas más extremas como que estuvieran a cargo del propio Estado), con el argumento de que el pago por prestación impedía el control económico de las obras sociales y por lo tanto atentaba contra los derechos de los trabajadores (*La Opinión*, 17/12/1971). Los médicos, por su lado, veían en estas posturas el peligro de *socialización* de la actividad, y defendían las históricas reivindicaciones consagradas en las décadas anteriores (Belmartino, 2011).

En este contexto de enfrentamiento general, las iniciativas del Programa de Atención Médica Integral tuvieron una reacción negativa particular, en la medida en que el Programa era percibido como un ataque al ejercicio liberal de la profesión. En primer lugar, la oposición apuntaba a que este sistema impedía la libre elección del médico por parte del paciente. Así, en una solicitada del 7 de diciembre de 1971, la corporación médica llamaba la atención sobre el peligro que corría el sector salud por el sistema de capitación implementado en la obra social de jubilados y pensionados, en la medida en que el afiliado "...pierde dignidad social, lo convierte en un número despersonalizado y lo sumerge en un sistema supuestamente más barato, pero ciertamente deplorable: nunca recuerda su derecho de continuar eligiendo libremente a su médico..." (*La Nación*, 7/12/1971, p. 11).

Tres días después, en otra solicitada volvían a rechazar la implementación del Programa de Atención Médica Integral, agregando el argumento de que en el sistema de capitación no había control de la contratación de los médicos y quedaban por fuera de la representación las agrupaciones gremiales (*La Nación*, 10/12/1971). Si bien esto último podía ser cierto en los primeros meses, la falta de representación sindical se saldaría hacia fines de diciembre de 1972 cuando los médicos del Programa de Atención Médica Integral comenzaron a agruparse y hacer público sus reclamos sectoriales (*La Nación*, 12/12/1972).

Los miembros del directorio del Programa de Atención Médica Integral respondían a estas acusaciones con una postura que, más que enfrentar directamente a la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), relativizaba las interpretaciones acerca del significado de *libre elección*. Así, en una publicidad en la que se anunciaba la búsqueda de médicos que quisieran enrolarse en el Programa de Atención Médica Integral aparecida en el diario *La Nación*, el directorio del Instituto defendía que el sistema respetaba la libre elección del médico, ya que los afiliados podían elegir cuál sería su médico de cabecera de la cartilla de profesionales disponibles, y además afirmaban:

Este sistema respeta los legítimos derechos de los médicos y de los enfermos y se organiza mediante el pago por capitación, que dignifica la misión del médico, puesto que sus ingresos se corresponden con el número de inscriptos en su registro evitando el pago por prestación. (*La Nación*, 14/11/1971, p. 13)

Sin embargo, pese a los argumentos del Programa de Atención Médica Integral, en los meses siguientes la agrupación médica de la Capital Federal profundizó su posicionamiento. En marzo de 1972 manifestaban su queja porque la federación médica

no había sido consultada sobre ese sistema de prestaciones y tenían incertidumbres sobre cómo se implementaría, e informaban a los médicos inscriptos en ese sistema para informarlos sobre lo perjudicial del plan médico (*La Nación*, 16/03/1972). Dos meses más tarde, en abril de 1972, el Consejo Federal Extraordinario estableció desautorizar las inscripciones de profesionales al sistema de prestaciones propias del Programa de Atención Médica Integral en el listado de la Capital Federal, y rechazar cualquier programa que quiera incluirse al sistema de salud presentando las mismas características y sin ser consultado a los gremios profesionales (*La Nación*, 3/04/1972). En concreto, el gremio tenía potestad para aplicar sanciones a los médicos que desobedecieran sus decisiones y en muchas ocasiones lo habían realizado, en una muestra de la capacidad disciplinadora y reguladora de la agrupación de profesionales (Belmartino & Bloch, 1993).

Una postura similar sería refrendada ese mismo mes por la Confederación Médica de la República Argentina, órgano representante de todas las filiales médicas, que en una de las resoluciones aprobadas por el Consejo Federal reunido en Jujuy establecía:

Rechazar el sistema de llamado de capitación o de listado del Programa de Atención Médica Integral, tal como ha sido preconizado en el ámbito de la Capital Federal, por cuanto este involucra la negación de principios elementales que conforman una correcta atención; simulacro de libre elección, pérdida de la relación contractual médico-enfermo, retribución por servicios no prestados, antiselección del conjunto de usuarios y otras razones conocidas y reiteradamente expuestas. Se trata, en suma, de una arriesgada experiencia en la cual el cuerpo médico no desea participar, en salvaguarda de la salud de los propios afiliados. (*La Nación*, 19/04/1972, p. 3)

En la medida que el sistema de prestaciones propias comenzó a implementarse, la estrategia del gremio médico de la Capital Federal se acentuó en marcar las limitaciones y falencias del programa, agregando a los desacuerdos por las formas de contratación un conjunto de objeciones técnicas, resaltando su legitimidad como profesionales de la salud frente a los gestores. En una solicitada de su Junta Ejecutiva, afirmaban que para que la atención médica al sector de jubilados y pensionados sea efectiva debía haber:

1) Atención integral brindada por clínicos, geriatras y especialistas seleccionados por riguroso concurso de idoneidad, garantizando su estabilidad y correcta remuneración; [...] 3) Suficiente capacidad en centros de control de atención públicos o privados, dotados de todos los equipos necesarios así como del personal profesional y auxiliar; 4) Institutos geriátricos que posibiliten una existencia digna a los ancianos que lo requieran... (*La Nación*, 24/06/1972, p. 8)

De esta manera, resaltaban algunas de las limitaciones de la planificación del sistema de servicios propios que juzgaban desde sus saberes profesionales: la atención del médico de cabecera no era en compañía de un geriatra o gerontólogo, que hubiese sido adecuada teniendo en cuenta los destinatarios de los servicios; los profesionales no eran seleccionados por concurso; y se continuaba descontando a todo el sector de jubilados y pensionados de las cajas nacionales de previsión mientras solo accedía una minoría, debido a que el Programa de Atención Médica Integral no contaban con suficiente desarrollo de los servicios.

A pesar de estas oposiciones, el Instituto mantenía la estrategia del desarrollo de servicios médicos propios en la Capital Federal. La defensa del Programa apelaba al efecto demostración, y en diferentes anuncios públicos se resaltaba el crecimiento del número de médicos que se incorporaban a las cartillas, y daban cifras no siempre consistentes entre sí, que oscilaban entre 500 y 1300 médicos para febrero de 1972 (Memorando, 17/02/1972, citado en Imaz, 1996).

Pero el enfrentamiento con la corporación médica no sería el único obstáculo del primer directorio. Pese al sostenido reclutamiento de profesionales, el avance en la implementación del Programa de Atención Médica Integral en estos primeros meses no cumplía con las expectativas del ministro Manrique, que luego de una serie de desacuerdos en cuanto al ritmo y prioridades a tener en cuenta le solicitó la renuncia al presidente del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, Urrutia, en febrero de 1972. Según Imaz (1996), la decisión de Manrique se debió a que, pese a la oposición del ministro, los miembros del directorio viajaron a Europa para evaluar cómo funcionaban los establecimientos geriátricos en ese continente y poder aprender de la experiencia para aplicarlo al Programa de Atención Médica Integral. Al regreso del viaje, Manrique pidió a los miembros del directorio que presentaran la renuncia, lo que resultó en un cambio de la presidencia. En febrero de 1972 asumió como nuevo presidente Palmiro Vanoli, hombre de confianza del ministro, aunque solo duraría en el cargo unos meses, hasta la intervención del Instituto el 29 de junio del mismo año (*Boletín Informativo CDJP*, 1972).

Durante la gestión del segundo directorio se siguió con la implementación de la atención médica a los afiliados del Programa de Atención Médica Integral a través de los servicios propios, y con la propaganda de la evolución del personal reclutado. El 16 de marzo de 1972 se anunció, como parte del desarrollo del primer nivel, el comienzo de la atención de los médicos de cabecera en el domicilio del paciente, y se comunicó que llegaban a 500 los profesionales (*La Nación*, 16/03/1972). Un mes después, en otra propaganda se anunciaba:

Hay 800 médicos esperando a un jubilado

Exactamente, médicos atendiendo en consultorios y a domicilio; servicio total de laboratorio y radiología; especialistas, servicio de odontología e internación en instituciones contratadas; descuentos en todos los medicamentos; enfermeras y asistentes sociales a domicilio; guardia médica permanente.

Este es el Programa de Atención Médica Integral (PAMI), para jubilados, pensionados y familiares, residentes en la Capital Federal.

Todos los servicios sin ningún cargo. Usted lo necesitaba, aquí lo tiene.
Ahora hay quien vela por usted las 24 horas. (*La Nación*, 4/04/1972, p. 10)

En el mes de mayo de 1972 se comenzaron a publicar los listados de médicos de cabecera por zona de la Capital Federal (*La Nación*, 6/04/1972; 7/04/1972; 8/04/1972; 9/04/1972) y el presidente Vanoli señalaba: “se inicia una etapa para afirmar enérgicamente la preocupación prioritaria por la prestación de servicios médicos” (*La Nación*, 23/04/1972, p. 6).

Sin embargo, esas serían unas de las últimas apariciones públicas del directorio de jubilados. El 30 junio de 1972, a través de la Ley 19709, se produjo la primera intervención al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en principio por un periodo de 60 días aunque luego se extendió hasta el fin de la presidencia de Lanusse en mayo de 1973. La medida se tomaba para:

...permitir una intensa labor de reorganización del Instituto, con el fin de lograr una adecuada prestación de servicios a un enorme universo de beneficiarios, como asimismo efectuar el relevamiento del estado financiero y económico del organismo y elaborar las reformas legales y estructurales que permitan cumplir con acierto los objetivos tenidos en vista al momento de su creación. (República Argentina, 1972)

La decisión de intervenir el Instituto y relevar a los jubilados de su conducción, a solo un año de su puesta en funciones, no fue bien recibido por las agrupaciones, quienes consideraban que eran los legítimos directivos y pedían el cese de la decisión (Zabala *et al.*, 2018). La Intervención implicó no solo el control total y directo del Instituto por parte del Ministerio de Bienestar Social, sino la asunción de nuevos actores con un perfil diferente. El primer interventor, entre junio y diciembre de 1972, fue el médico Carlos Joaquín García Díaz, exsecretario de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires y miembro del directorio del Instituto Nacional de Obras Sociales (creado por la Ley 18610). Con un marcado perfil técnico asociado a lo que ha sido caracterizado como *tecnoburocracia sanitaria* (Iriart *et al.*, 1994), estos profesionales de tendencia antiperonista se especializaron desde fines de la década de 1950 en la planificación de los servicios sanitarios (Iriart *et al.*, 1994; Zabala & Librandi, 2018). Ese mismo perfil presentaría el médico Roberto Francisco Gómez, interventor del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de enero a mayo de 1973.

Al tiempo que el Instituto era intervenido, el conflicto médico se agudizó, y la Confederación Médica de la República Argentina y sus filiales realizaron sucesivos paros acompañados por solicitadas dirigidas a la población general, en las que reclamaban por las políticas sanitarias de Manrique en general (*La Nación*, 3/07/1972; 5/07/1972; 21/07/1972; 23/07/1972). En una jornada de huelga de los médicos que alcanzó un día y medio de inactividad, en julio de 1972, el Ministerio de Bienestar Social respondió a la medida tomada por los profesionales mediante un documento publicado en los periódicos de tirada nacional que se titulaba “*Sr. Profesional*,

convierta 36 horas inútiles en 36 horas útiles. Estos son algunos documentos que Ud. debe conocer y que hacen a la política de salud que está siendo ejecutada y que será mantenida". Si bien el documento era una respuesta general de la cartera de Bienestar Social a la situación del sistema de salud, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados ocupaba la mayor parte de su contenido, y nos da una idea de cómo el Instituto fue definitivamente absorbido por el ministerio, y quedaron de lado las pretensiones de autonomía que en sus inicios abrigaban las agrupaciones de jubilados. En él se detallaba la estructura operativa del sistema de servicios propios y de los tres niveles de atención, se incluían la descripción y las tareas de la nueva profesional sociosanitaria —la asistente de cuidados—, e incluso se presentaba un glosario con los distintos términos previstos en la atención del Programa de Atención Médica Integral, tales como *visita, atención ambulatoria, servicios de cuidados personales*, entre otros (*La Nación*, 19/07/1971).

El pasaje de la dirección de jubilados a especialistas significó, hacia el final del periodo que estamos analizando, la preponderancia de la estrategia de contratos y convenios por sobre la de desarrollo de servicios propios. Los anuncios con las convocatorias a los profesionales dejaron de aparecer en los diarios del modo en que lo hicieron durante el primer año, y fueron reemplazados por los anuncios de convenios y contratos sobre la que se va a apoyar la expansión en el territorio nacional.

La Provincia de Buenos Aires y el interior del país como prioridad de la agenda de contratos y convenios

A diferencia de lo sucedido en la Capital Federal, la implementación del Programa de Atención Médica Integral en el resto del país se produjo a través de garantizar a los beneficiarios el acceso a servicios de atención médica ya disponibles. Esos servicios serían financiados por el Instituto, a través de diferentes instrumentos pactados con los diferentes encargados de las prestaciones, lo que resultó en los hechos en un refuerzo del sistema ya establecido de prestaciones sanitarias.

Esta estrategia se dividió en dos grandes grupos. Por un lado, aquellos beneficiarios del régimen nacional y su grupo familiar que ya estaban afiliados a una obra social, a partir de la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados se atenderían en el marco de las contrataciones establecidas entre sus prestadoras de servicios y el Instituto. Estos usuarios no necesitaban afiliarse al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados para acceder a las prestaciones sanitarias. Por otro lado, estarían aquellos beneficiarios que no se encontraban afiliados a ninguna obra social, a los que se los derivaría a obras sociales que ya se encontraban en funcionamiento y se los atendería mediante contratos y licitaciones de la medicina privada (*La Nación*, 19/07/1971).

A través de los diarios de tirada nacional *La Nación* y *La Prensa*, en la que se publicaba regularmente el avance del Programa de Atención Médica Integral como parte de la estrategia política de visibilizar y capitalizar esos actos, pudimos dar cuenta de la expansión de estos servicios, que se expresaban tanto en la firma de contratos y

convenios como en la convocatoria a afiliaciones, firma de acuerdos, llamado a licitaciones y compra de inmuebles.

Si bien el mayor énfasis del primer gobierno del Instituto estuvo puesto en el desarrollo de servicios propios, durante el primer directorio se realizaron los primeros contratos y convenios, lo que da cuenta de que estas estrategias no deben entenderse como opciones excluyentes. Estos primeros acuerdos se realizaron en la provincia de Buenos Aires con los sindicatos del papel, la federación de gráficos, la industria del papel, químicos y afines (*La Nación*, 28/11/1971) y el Instituto de Servicios Sociales del Personal Ferroviario (*La Nación*, 6/02/1972). También se dio en esos meses el inicio de los descuentos de medicamentos en farmacias (*La Nación*, 8/02/1972).

Durante el segundo directorio, los acuerdos comenzaron a extenderse a las provincias. Así, entre febrero y junio de 1972 comenzó la inscripción de los afiliados y su grupo familiar en la ciudad de Rosario (provincia de Santa Fe) (*La Nación*, 17/02/1972), la provincia de Tucumán (*La Nación*, 4/03/1972), Jujuy (*La Nación*, 23/03/1972) y Corrientes, que fue sede del Instituto para toda la región del Noroeste: Chaco, Formosa y Misiones, donde radicó sus oficinas administrativas (Katz *et. al.*, 1993).

Pero el mayor crecimiento de convenios y contratos se daría a partir de la intervención del Instituto, en junio de 1972, en buena medida como resultado de la necesidad política de imprimir un ritmo mayor a su expansión. De esta forma, a partir de allí, en un lapso de pocas semanas, se va a anunciar la firma de convenios con las provincias de Formosa, La Rioja, Neuquén, Mendoza y Tierra del Fuego (*La Nación*, 2/09/1972), a las que luego se sumarían los acuerdos con las provincias de San Juan, Santiago del Estero y Entre Ríos (*La Nación*, 19/09/1972).

Aunque lo más relevante fue el desarrollo administrativo y de prestaciones en la provincia de Buenos Aires, donde comenzaron múltiples campañas de afiliación de beneficiarios, que continuaron incluso luego de la renuncia de Manrique al Ministerio de Bienestar Social para enfrentar su campaña presidencial. En una publicidad del 2 de septiembre de 1972 (Figura 2), se detallaba que el 22 de agosto de ese año se había iniciado la afiliación en las localidades de Baradero, Campana, Escobar, Zarate y San Pedro, y el 4 de septiembre en Balcarce, Coronel Pringles, Coronel Suárez, Chacabuco, Chascomús, Chivilcoy, Dolores, Lobos, Luján, Mercedes, Necochea, Pilar y Tres Arroyos. Asimismo, el 25 de septiembre comenzó la afiliación en 18 municipios: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, General San Martín, General Sarmiento, Lanús, Lomas de Zamora, La Matanza, San Justo, Merlo, Morón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, Tigre, Tres de Febrero y Vicente López (*La Nación*, 25/09/1972). En la noticia donde se anunciaba la inscripción se podía destacar que los lugares de afiliación en los distintos partidos no eran oficinas del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en muchos casos aún inexistentes, sino sociedades de fomento, clubes, centros culturales, organizaciones gremiales y municipalidades que prestaban el espacio. En este sentido, la necesidad urgente de implementar los servicios estaba acompañada de una falta de desarrollo burocrático, y sobre todo edilicio. En este proceso, la provincia de Buenos Aires tendría en los meses del final del gobierno de Lanusse una clara prioridad por sobre el resto de las regiones del país.

SEÑOR AFILIADO: El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados le informa:

SI VIVE EN CAPITAL FEDERAL



Para hacer uso de los servicios médicos, debe estar afiliado al PAMI - Programa de Atención Médica Integral. Si aún no está afiliado, concórrese a la Sede Central del Instituto, Tucumán 520, en el horario de 7:30 a 18 horas. Estos son los beneficios que lo ofrecen:

- Atención en consultorios privados y domicilio, por médicos de cabecera.
- Atención de urgencia en domicilio, por médicos de guardia.
- Internaciones por médicos especialistas.
- Exámenes de laboratorio, radiología, etc.
- Ginecología.
- Información de pacientes agudos y crónicos.

Todos estos servicios son gratuitos. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados le brinda además:

- Turismo y recreación
- Aseguramiento previsional
- Aseguramiento jurídico

Infórmese sobre todos estos servicios en nuestra Sede Central o por los teléfonos:

31-0442
31-1166
31-2164
31-3572
31-3574
31-3575
31-3576
31-6866
31-7101
32-0482

SI VIVE EN PROV. de BS. AS.



Usted gozará en breve de los mismos beneficios. Hoy le informamos:

1. Desde el día 22 de agosto, se viene realizando la afiliación en las siguientes localidades: Barradero, Campana, Escobar, Zelazki y San Pedro.

2. El 4 de septiembre se iniciará la afiliación en Balcarce, Coronel Frin-

gola, Coronel Suárez, Chasabuco, Chascomús, Chivilcoy, Dolores, Lobos, Luján, Mercedes, Necochea, Pilar y Tres Arroyos.

3. Muy pronto se abren Centros PAMI en Avellaneda, Bahía Blanca, Leno, San Justo, San Martín, Temperley y Vicente López.

Nuestras próximas noticias informarán sobre las prestaciones de servicios en el resto del país, aunque ahora adelantamos que ya se brinda atención médica en Formosa, La Rioja, Mendoza, Neuquén y Tierra del Fuego.



MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE OBRAS SOCIALES



INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS

Figura 2. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Publicidad sobre el funcionamiento en la Capital Federal y la llegada del organismo a la provincia de Buenos Aires.

Fuente: Publicidad en donde se menciona el funcionamiento existente a la fecha en la Capital Federal y la llegada del organismo a la provincia de Buenos Aires. *La Nación* (2/09/1972).

Durante la segunda intervención, a cargo de Roberto Francisco Gómez de enero a mayo de 1973, se hizo hincapié al llamado a licitación para inmuebles en las provincias y capital federal (*La Prensa*, 22/03/1973; 23/03/1973; 24/03/1973), y se produjeron los primeros convenios con la salud pública a través de hospitales estatales, de colectividades, paraestatales, mutuales y gremiales (*La Nación*, 6/04/1973; 7/04/1973; 8/04/1973).

Finalizando el gobierno *de facto* de Alejandro Lanusse y comenzando la transición hacia la asunción democrática de Héctor Cámpora (1973), Gómez realizó un repaso de los logros en materia de atención médica de los afiliados del Instituto. El interventor enumeraba más de 453.000 prestaciones médicas distribuidas en Tucumán, La Rioja, San Juan, Mendoza y Salta, 74.436 análisis de laboratorios, 31.420 servicios de radiografía, 335.886 atenciones con especialistas, 3.063 internaciones y 9.044 prestaciones de servicios odontológicos (*La Prensa*, 22/05/1973). Entre ellos no realizaba distinción de cuáles efectivamente formaban parte de los servicios propios del Programa de Atención Médica Integral y cuáles eran contrataciones y convenios, tampoco aclaraba por qué en el listado faltaban provincias ni remarcaba el énfasis que los interventores habían puesto en la provincia de Buenos Aires por sobre el resto de las provincias.

Conclusiones: a modo de cierre

Hemos intentado mostrar, a partir de las distintas estrategias de implementación del Programa de Atención Médica Integral, algunos hechos que nos parecen significativos para comprender, en un caso específico, el modo en que se dan los procesos de surgimiento e implementación de las políticas públicas, en general, y del sector salud en particular. Podríamos mencionar, como primera conclusión evidente de nuestro caso, la clásica distancia que puede observarse entre el surgimiento inicial del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y del Programa de Atención Médica Integral, y su desarrollo concreto, lo que resulta coherente con diferentes perspectivas que han analizado a las políticas públicas como procesos atravesados por las disputas de concepciones e intereses que los distintos actores —entre ellos, los representantes del Estado— movilizan en torno a estas intervenciones⁵.

Ahora bien, más allá de esta constatación, nos interesa reflexionar sobre los motivos concretos que fueron explicando esas transformaciones en el proyecto del Instituto en los dos aspectos en los que hemos construido nuestro análisis: la organización interna del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y su posición dentro de un campo de relaciones más amplio.

En el primero de estos planos, la organización inicial del Instituto con un gobierno a cargo del grupo de beneficiarios parece haber sido originalmente el modo en que se resolvió el proceso conflictivo que protagonizaron los jubilados hacia fines de la década de 1960 y comienzos de 1970. El modelo imperante de las obras sociales, en ese marco, demostró una legitimidad que ambos actores —jubilados y representantes del Estado— convinieron en aceptar, en detrimento de otras opciones que podrían haber garantizado los mismos servicios (como por ejemplo

⁵Entre muchos otros, este tipo de explicaciones pueden encontrarse tanto en los análisis de la sociología de los problemas públicos de Gusfield (2005), o de las ciencias políticas en trabajos como los de Oszlak & O'Donnell (1995) o Thoenig (1997).

el fortalecimiento del servicio público, evitando así una mayor fragmentación en la estructura de servicios sanitarios).

Ahora bien, este modelo organizacional solo fue copiado en sus aspectos formales, pero no en los aspectos sustantivos que dieron origen y permitieron el crecimiento de las otras obras sociales. Esto es, la asociación entre una obra social y un actor gremial con capacidad de defender sus posiciones en una negociación política. Los jubilados, en este sentido, y en particular aquellos designados para ocupar los cargos de dirección, fueron incapaces de resistir los mínimos desajustes entre las aspiraciones propias y las expectativas del Estado, y culminaron su ciclo a pocos meses de iniciado el proceso.

El otro plano tiene que ver con el rol del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados dentro del campo sanitario. En este sentido, resulta interesante analizar la trayectoria de la experiencia innovadora que propuso el Programa de Atención Médica Integral, en relación con la introducción de nuevas formas de administrar las prestaciones que desafiaran el *statu quo* corporativo (reflejado, fundamentalmente, en el pago por prestación y la libre elección del médico, por parte de los prestadores, y en el interés por manejar los fondos de las obras sociales, por parte de los gremios). La trayectoria de este proyecto innovador, en este caso, se inicia en las propuestas de un grupo de sanitaristas que, recogiendo las experiencias del campo sanitario, proponen el pago per cápita y la figura del médico de cabecera.

Ahora bien, es difícil dilucidar si la mayor oposición a esta estrategia provino del rechazo explícito y en cierta medida obvio de la corporación médica —que fue inicialmente contenido por el Estado—, o de las aspiraciones políticas creadas en torno al Programa de Atención Médica Integral, y la urgencia que estas aspiraciones le exigieron para aumentar la cobertura en un periodo de tiempo incompatible con la estrategia inicial. El resultado, en cualquiera de los dos casos, fue la opción por apelar a los contratos y convenios como alternativa más rápida, reforzando las dinámicas existentes y transformando al Programa de Atención Médica Integral en una nueva fuente de financiamiento adecuada a los intereses corporativos (tanto de los prestadores como de las obras sociales), ocupando un rol que se iría acentuando con los años y que lo ha llevado a ser, en la actualidad, el actor de mayor participación presupuestaria en el campo sanitario.

Bibliografía

- Arce, H. (2010). *El sistema de salud. De dónde venimos y hacia dónde vamos*. Buenos Aires: Prometeo.
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el Siglo XX: Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Belmartino, S. (2011). *Historias comparadas de la profesión médica. Argentina y EEUU*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.
- Belmartino, S.; Bloch, C. (1993). La medicina prepaga en Argentina: Su desarrollo desde los años sesenta. *Cuadernos Médicos Sociales*, n. 64, p. 4-29.

- Belmartino, S. (1994). *El sector salud en la Argentina: Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985*: OPS.
- Boletín informativo del Centro de Docentes Jubilados y Pensionados. (1972). v. 10, n. 97.
- Cecchi, A. V. (2015). *Yo gané al Prode ¿y usted? Apuestas y clases medias en los años setenta*. (Ponencia). Buenos Aires: XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Dal Bó, A. (2008). *Hospitales de reforma: Crónica para evitar el olvido*. Buenos Aires: Biblos.
- De Riz, L. (2000). *La política en suspenso 1966/1976*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Feldman, J.; Golbert, L.; Isuani E. A. (1988). *Maduración y crisis del sistema previsional argentino*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Felitti, K. (2005). La política demográfica del tercer gobierno peronista: Justificaciones, repercusiones y resistencias al control de la natalidad (1973-1976). *Trabajos y comunicaciones (2da época)*, año 2004-2005, n. 30-31, p. 288-307.
- Giorgi, G. (2010). Redes católicas y Estado en la “Revolución Argentina”. *Revista Ciencias Sociales y Religión*, v. 12, n. 12, p. 53-78.
- Giorgi, G. (2015). En los pliegues de la planificación del Onganiato: El comunitarismo como política estatal (1966-1970). *Anuario IEHS*, n. 29-30, p. 159-175.
- Giorgi, G.; Mallimaci, F. (2012). Catolicismos, nacionalismos y comunitarismos en política social. Redes católicas en la creación del Ministerio de Bienestar Social de Argentina (1966-1970). *Revista Cultura y Religión*, v. 6, n. 1, p. 113-144.
- Golbert, L. (1988). El envejecimiento de la población y la seguridad social. *Boletín de Techint*, n. 251, p. 37-66.
- Gomes, G. (2011). El Onganiato y los sectores populares: Funcionarios, ideas y políticas de la Secretaría de Estado de Promoción y Asistencia a la Comunidad (1966-1970). *Anuario del Centro de Estudios Históricos “Prof. Carlos S. Segreti”*, v. 11, n. 11, p. 279-302.
- Gusfield, J. (2014). *La cultura de los problemas públicos: El mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Imaz, C. (1996). *Los primeros días del PAMI*. Buenos Aires: INSSJP.
- Iriart, C.; Nervi, L.; Oliver, B.; Testa, M. (1994). *Tecnoburocracia sanitaria. Ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Katz, J. et al. (1993). *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- La Nación. (15/06/1971). Asumió el directorio del Instituto de Obras sociales para Jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 12.
- La Nación. (11/07/1972). Paro médico. Sr profesional: convierta 36 horas inútiles en 36 horas útiles. *La Nación*. Buenos Aires. p. 3-7.
- La Nación. (19/07/1971). Beneficios sociales para jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 2.
- La Nación. (6/11/1971). Atención social a los jubilados. Buenos Aires. p. 7.
- La Nación. (14/11/1971) Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Programa de Atención Médica Integral (P.A.M.I.). Buenos Aires. p. 13.
- La Nación. (15/11/1971). Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Programa de Atención Médica Integral (P.A.M.I.). Buenos Aires. p. 5.
- La Nación. (16/11/1971). Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Programa de Atención Médica Integral (P.A.M.I.). Buenos Aires. p. 9.

- La Nación. (21/11/1971). La atención médica para la clase pasiva. Buenos Aires. p. 11.
- La Nación. (28/11/1971). Servicios médicos para jubilados. Buenos Aires. p. 18.
- La Nación. (4/12/1971). Enfermería y servicio social. Inscripción de personal. Buenos Aires.
- La Nación. (5/12/1971). Enfermería y servicio social. Inscripción de personal. Buenos Aires.
- La Nación. (7/12/1971). Solicitada: No habrá más médicos. Buenos Aires. p. 11.
- La Nación. (10/12/1971). Jubilados. Buenos Aires. p. 14.
- La Nación. (6/02/1972). Jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 11.
- La Nación. (8/02/1972). Beneficios para los jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 4.
- La Nación. (17/02/1972). Atención a jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 5.
- La Nación. (4/03/1972). Servicios médicos para jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 5.
- La Nación. (16/03/1972). Comenzó la atención médica a jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 5.
- La Nación. (23/03/1972). La atención médica para los jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 7.
- La Nación. (3/04/1972). Posición médica en materia previsional. *La Nación*. Buenos Aires. p. 10.
- La Nación. (4/04/1972). Hay 800 médicos esperando a un jubilado. *La Nación*. Buenos Aires. p. 10.
- La Nación. (6/04/1972). Si usted vive en esta zona aquí está su médico del Instituto. *La Nación*. Buenos Aires. p. 11.
- La Nación. (7/04/1972). Si usted vive en esta zona aquí está su médico del Instituto. *La Nación*. Buenos Aires. p. 11.
- La Nación. (8/04/1972). Si usted vive en esta zona aquí está su médico del Instituto. *La Nación*. Buenos Aires. p. 11.
- La Nación. (9/04/1972). Si usted vive en esta zona aquí está su médico del Instituto. *La Nación*. Buenos Aires. p. 17.
- La Nación. (19/04/1972). Solicitada al cuerpo médico. *La Nación*. Buenos Aires. p. 3.
- La Nación. (23/04/1972). Jornadas médicas sobre atención a jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 6.
- La Nación. (24/06/1972). Solicitada: al cuerpo médico, a los jubilados y pensionados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 8.
- La Nación. (3/07/1972). Solicitada: paro médico. *La Nación*. Buenos Aires. p. 3.
- La Nación. (5/07/1972). Solicitada: demagogia y salud pública. Paro médico nacional. *La Nación*. Buenos Aires. p. 3.
- La Nación. (21/07/1972). Solicitada ¡¡¡Oíd el ruido de rotas cadenas...!!! *La Nación*. Buenos Aires. p. 7.
- La Nación. (23/07/1972). Solicitada: frente al agravio, la verdad de los médicos. *La Nación*. Buenos Aires. p. 4.
- La Nación. (2/09/1972). Señor afiliado: El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados le informa. *La Nación*. Buenos Aires. p. 4.
- La Nación. (19/09/1972). Dan beneficios a jubilados en todo el país. *La Nación*. Buenos Aires. p. 11.
- La Nación. (25/09/1972). Benefician a jubilados con atención médica. *La Nación*. Buenos Aires. p. 7.
- La Nación. (12/12/1972). Agrúpanse los médicos de los jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 12.
- La Nación. (6/04/1973). Licitación pública n°8/73. *La Nación*. Buenos Aires. p. 7.
- La Nación. (7/04/1973). Licitación pública n°8/73. *La Nación*. Buenos Aires. p. 5.
- La Nación. (8/04/1973). Licitación pública n°8/73. *La Nación*. Buenos Aires. p. 4.

- La Opinión. (17/12/1971). Hacia la verdad en el tema de salud. *La Opinión*. Buenos Aires. p. 4.
- La Prensa. (22/03/1973). El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados necesita alquilar. *La Prensa*. Buenos Aires. p. 3.
- La Prensa. (23/03/1973). El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados necesita alquilar. *La Prensa*. Buenos Aires. p. 3.
- La Prensa. (24/03/1973). Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados necesita alquilar. *La Prensa*. Buenos Aires. p. 5.
- La Prensa. (22/05/1973). Infórmese sobre atención médica al sector pasivo. *La Prensa*. Buenos Aires. p. 6.
- Manrique, F. (1983). *Qué es el Partido Federal*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- O'Donnell, G. (2008). *Catacumbas*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Oszlak, O.; O'Donnell, G. (1995). Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación. *Redes*, v. 2, n. 4, p. 99-128.
- Osuna, M. F. (2017a). El ministerio de Bienestar Social durante la gestión de Francisco Manrique. La función de la política social en los últimos años de la "Revolución Argentina" (1970-1973). *Revista Quinto Sol*, v. 21, n. 2, p.1-25.
- Osuna, M. F. (2017b). *La intervención social del Estado. El Ministerio de Bienestar Social entre dos dictaduras (Argentina, 1966-1983)*. Rosario: Prohistoria.
- República Argentina. (1971a). *Ley 19032. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados*. 13 de mayo de 1971. Recuperado de: <https://bit.ly/3Egu69A>.
- República Argentina. (1971b). *Ley 19336 Pronósticos Deportivos: Creación lotería. Lotería de beneficencia nacional y casinos*. 5 de noviembre de 1971. Recuperado de: <https://bit.ly/32fpraV>.
- República Argentina. (1972). *Ley 19709. Intervención del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados*. 30 de junio de 1972.
- Rodríguez, L. (2013). Los católicos desarrollistas en Argentina. Educación y planeamiento en los años de 1960. *Revista Diálogos*, v. 17, n. 1, p. 155-184.
- Rodríguez, S. (s/f.). *Modelos de atención y financiamiento en salud mental en el INSSJP*. (Tesis de maestría). Buenos Aires: Universidad ISalud.
- Rouquié, A. (1983). *Poder militar y sociedad política en Argentina*. Tomo II. 1943-1973. Buenos Aires: Emecé.
- Thoenig, J. C. (1997). Política pública y acción pública. *Gestión y Política Pública*, v. 6, n. 1, p. 19-37.
- Zabala, J. P.; Almirón, V. N.; Golbert, L. (2018). *La creación del Programa de Asistencia Médica Integral-Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI-INSSJP). Actores, conflictos e intereses en la consolidación del sistema de seguridad social, 1971-1976*. (Ponencia). Córdoba: VIII Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad en Argentina y América Latina. CIECS/Conicet-UNC.
- Zabala, J. P.; Librandi, J. M. (2018). Medir para planificar: El estudio sobre salud y educación médica y los límites de la política sanitaria de la "Revolución Argentina" (1966-1973). *Revista Ciencias de la Salud*, v. 16, n. 3, p. 550-570.

Foto: Lewis Wickes Hine (1874-1940).

Vista interior del "Piedmont Hotel" donde dormían algunos de los chicos
(Fragmento). 5 mayo 1910. National Child Labor Committee collection,
Library of Congress, Prints and Photographs Division.



La precarización alimentaria de la Argentina ante la pandemia de COVID-19

Patricia Aguirre¹

Alimentación: producto y productora de relaciones sociales

Este trabajo abordará la alimentación humana desde el punto de vista social, en un lugar particular como es la Argentina y en los últimos 50 años, para relacionarla con la crisis alimentaria mundial de la que somos parte y de la más reciente pandemia de COVID-19 que hemos sufrido con particular impacto. Para encarar tan diversos temas vamos a abordar el sistema alimentario como sistema complejo. Y, para estudiarlo recurriremos a los aportes de múltiples ciencias (nutrición, antropología, medicina, economía, etcétera) relacionando, desde ellas, espacio, tiempo y cultura (porque la alimentación humana siempre es un fenómeno situado). En resumen, vamos a hacer una antropología de la comida apoyándonos en un trípode de pensamiento crítico, enfoque relacional e historicidad (Aguirre, 2017), visión aplicada a esta pandemia en particular tratando de identificar las bases alimentarias del COVID-19. Podemos estudiar la organización social de la vida a través de la comida porque —como decía Marcel Mauss (1950)— esta es un fenómeno social total. Al hacerlo vemos la sinergia que existe entre el subsistema agroalimentario y el subsistema económico-político, de los que surgen la comida y la cocina de una época. Y como la alimentación es un factor prepatológico por excelencia, se advierte su capacidad de incidir en la manera de enfermar y morir. Dicho con palabras simples: comemos como vivimos y nos enfermamos como comemos. Por eso, es pertinente abordar un trabajo de análisis epidemiológico del COVID-19 desde la alimentación. Sin embargo, antes que sinergia deberíamos hablar de *sindemia* como confluencia de epidemias, que interactúan y comparten los mismos determinantes sociales; aunque variaremos los tres términos propuestos por Swinburn *et al.* (2019): obesidad, cambio climático y desnutrición, tomando la actual *sindemia* como la confluencia de las pandemias de desigualdad, malnutrición y cambio climático.

¹Doctora en Antropología. Docente e investigadora, Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

Crisis en la alimentación actual

Es interesante recordar que en todo el mundo y en la Argentina en particular, durante el siglo XX, a medida que aumentaban la estabilidad, la disponibilidad y el acceso a la alimentación, mejoraban casi todos los indicadores de salud como esperanza de vida, salud materno-infantil, y mortalidad por enfermedades infecciosas. En la década de 1990 se celebraba el cambio de perfil epidemiológico y ya no eran las enfermedades infecciosas la principal preocupación sino las crónicas no transmisibles, como el accidente cerebrovascular (ACV), el cáncer, la hipertensión, la diabetes mellitus o la obesidad, identificadas con el estilo de vida. Sin embargo, vimos con tristeza que las enfermedades no transmisibles no habían suplantado a las infecciosas, sino que se habían sumado a ellas y ahora el problema era que (y esto es particularmente claro en el caso del COVID-19) las enfermedades crónicas se transforman en comorbilidades que hacen más grave o letal la infección. Y esto no solo ocurre en los adultos mayores donde son más comunes (hace años se consideraba la hipertensión o la diabetes mellitus como “enfermedades de la vejez” porque el estilo de vida tardaba décadas en deteriorar la vida, pero hoy, debido a la alimentación rica en sal, azúcares y grasas “invisibilizadas” en los procesos industriales, esas enfermedades empiezan a ser comunes en la práctica pediátrica. Este proceso de superposición también se ha masificado y las enfermedades de la abundancia —como la obesidad, nuevamente, a raíz de la alimentación industrializada, barata, pero nutricionalmente inadecuada— hoy han producido un desplazamiento (de la obesidad y otras enfermedades no transmisibles) hacia sectores pobres sumando enfermedad a su pobreza. Hacia finales del siglo tenemos otro escenario ya que el consumo alimentario actual está devorando el planeta; y nuestra comida es responsable del 36% de la emisión de gases de efecto invernadero, pérdida de biodiversidad y destrucción de los ecosistemas, todas causas concurrentes al cambio climático. Y sus consecuencias en las próximas décadas pueden revertir los logros alcanzados en la alimentación y la salud en el último siglo.

Actualmente un 88% de la población mundial presenta algún tipo de problema relacionado a malnutrición, ya sea por un consumo subóptimo de nutrientes esenciales o por un sobreconsumo de alimentos no saludables. Existen 890 millones de desnutridos agudos y más de 2000 millones de personas que presentan un consumo subóptimo de nutrientes esenciales, algunas de las cuales se superponen con exceso de peso, que padecen 2000 millones de adultos y 41 millones de niños en el mundo (*The Lancet*, 2019). La coexistencia de desnutrición y obesidad ya debería alertarnos sobre una crisis en el sistema alimentario global. Crisis que se presenta como global, paradójica, estructural y terminal.

Es *global* porque si bien en principio es la crisis de las sociedades de la órbita occidental, sus efectos se extienden a todo el mundo, arrastrando a otras sociedades —organizadas a partir de otros principios— por el simple hecho de habitar el mismo planeta. Entonces, aunque los cazadores recolectores pigmeos mbuti de la selva lluviosa africana no coticen sus alimentos en la Bolsa, debido a las disposiciones de la Organización Mundial del Comercio (OMC) que legitiman las formas

de producción primaria (agricultura, ganadería y pesca con utilización de químicos tóxicos para el ambiente y los humanos) y secundaria (la industrialización contaminante basada en la quema de combustibles fósiles con la que se obtiene energía e hidrocarburos para la producción de materiales plásticos que generan residuos contaminantes), aun si estas se producen a miles de kilómetros del entorno de los mbuti, igualmente estos sentirán la presión que otros ejercen para ampliar la frontera agrícola a expensas de su territorio arrinconándolos hasta hacer desaparecer la selva, su selva y su modo de vida. De la misma manera sufrirán las consecuencias de la lluvia ácida que producen fábricas a miles de kilómetros. Y también sufrirán la polución de sus ríos debido a contaminantes arrojados en las nacientes de las aguas por mineras que explotan metales en montañas que nunca conocerán. No hay donde esconderse, el planeta actúa como un todo y las heridas infringidas en una parte se sufren localmente y siguen sangrando mucho más lejos.

La crisis de la alimentación actual es *estructural* porque como nunca en la historia, los problemas se presentan simultáneamente en la producción, la distribución y el consumo; todas las áreas están comprometidas.

Es *paradojal* porque hay alimentos suficientes para que coman todos los habitantes del planeta con una dieta que los nutricionistas consideran adecuada para sostener una vida activa y sana, por lo menos desde el punto de vista de los grandes números. Cuando se reducen los alimentos a nutrientes y los sujetos a necesidades, se descubre que —al menos teóricamente— se producen anualmente más alimentos que los que toda la población humana necesitaría para llevar una vida activa y sana. Es más, el equilibrio se logró en 1985 (a eso se lo llama *disponibilidad plena*), y desde ese momento ha seguido aumentando hasta que hoy alcanza las 3100 kcal por persona por día (*disponibilidad excedentaria*), suficientes para alimentar —en el hipotético caso de una distribución equitativa, a 10.000 millones de personas, pero hoy no alcanza para los 7.500 millones que somos habida cuenta de los desnutridos agudos que existen.

También es una crisis *terminal*, porque según algunos ecologistas el nivel de explotación de los recursos del planeta está llegando a un límite que hace insostenible su continuidad. Como en el caso del cambio climático y justamente porque ese es uno de los datos más fuertes, parece que hemos superado la capacidad autodepuradora del planeta. Debemos con urgencia —como en el caso de la emisión de gases de efecto invernadero— tratar de frenar el deterioro y mitigar sus efectos, para rogar que el nuevo equilibrio no sea particularmente dañoso.

Analizaremos brevemente la producción, la distribución y el consumo en la actualidad. En la *producción* agroalimentaria la crisis no pasa por la *disponibilidad*, sino que se vislumbra como una *crisis de sustentabilidad*. Hoy existen suficientes alimentos para todos (los reciban o no), y las kilocalorías de esos alimentos son mucho más de lo que necesita un humano promedio. Otra cuestión es la composición de esa energía: el 70% proviene de hidratos de carbono, azúcares y aceites refinados, lácteos que deberían estar representados en menor proporción en las dietas globales para ser saludables. El problema hoy no es la escasez, sino la posibilidad de seguir produciendo una cantidad suficiente y poder mejorar la calidad de esa producción

alimentaria en el futuro. Los modelos productivos en que se apoya este aumento de la disponibilidad no son sustentables y están poniendo en peligro tierra, agua y aire y a los mismos comensales.

El modelo de producción agrícola hegemónico, en la Argentina y en el mundo, ha sido llamado “de minería” porque extrae de los suelos, en forma de granos, más de lo que se le pone como fertilizantes, produciendo pérdida de nutrientes y desequilibrio bacteriano, fundamentales para su conservación, por eso crece la desertificación (desertización por causas antrópicas). El agronegocio, muy conveniente para el comercio mundial —y particularmente en nuestro país— es un componente importante de la hacienda pública, ha resultado empero nefasto para los ecosistemas y las especies que los habitan, incluyéndonos. Es una agricultura latamente dependiente del petróleo, no solo por el gasoil que mueve la maquinaria sino por las largas cadenas de hidrocarburos que forman los agrotóxicos en los que se apoya el paquete tecnológico de las semillas transgénicas que permiten enormes rendimientos. Pero las grandes ganancias se logran a costa de contaminar napas freáticas, ríos y lagunas costeras, exterminar la fauna local, producir efectos deletéreos en la salud humana, ya sea por los aerosoles en la población rural, como por la ingestión —a miles de kilómetros de la aplicación— de residuos en los alimentos. Las ganancias resultan de externalizar estos costos ecológicos y sanitarios, que los paga toda la sociedad. Sin embargo, este modelo de agricultura extractivista está convalidado por las enormes ganancias que produce, animando a los Estados y al comercio, lo que permite que se avance sobre tierras vírgenes (humedales, bosques nativos) a despecho de sus servicios ecosistémicos (entre otras cosas como hábitat de numerosas especies animales que son desplazadas, se adaptan o desaparecen). Ya veremos al tratar las epidemias la importancia de este desplazamiento y del contacto con especies antes distanciadas de los humanos. Por supuesto, es cuestionado por las poblaciones que sufren sus consecuencias y seguramente serán las generaciones por venir las que más reclamos hagan a este consumo de recursos equivalente a 1,6 planetas por año.

La ganadería, en tanto, se ha modificado hasta convertir a los pastores de ayer en molcultores de proteínas. Así, para brindar a las usinas lácteas una molécula de grasa butirosa estable (cuando es estacional) se refuerza la alimentación de los animales con granos (cuando son naturales consumidores de pastos). Para liberar tierras tanto como para controlar la producción, la crianza de animales ha tomado un sesgo “industrial” donde en grandes establecimientos se hacinan miles de animales, con movimiento reducido, alimentación balanceada y forzada (como los pollos que viven en un día perpetuo mediante el uso de la luz artificial, para que produzcan más). Para evitar que las enfermedades se extiendan son medicados “preventivamente” con antibióticos. Los mismos antibióticos que usamos los humanos para tratar nuestras enfermedades. La industria farmacéutica vende más antibióticos a la ganadería que al sistema de salud. Este uso equivocado ha provocado una evolución artificial de las bacterias, hasta hacer que algunas de ellas sean antibiótico-resistentes. En 1988, la bacteria intestinal *Enterococcus* —causa habitual de infecciones intrahospitalarias— se convirtió en la primera bacteria multirresistente, al volverse

resistente al antibiótico de último recurso: la vancomicina. Hoy el sistema de salud está frente a ciertas bacterias como en la era pre-Fleming.

Resulta imposible para el ecosistema contener y procesar la contaminación de las heces de estos establecimientos, y para los trabajadores evitar el contacto estrecho que favorece la adaptación de nuevos patógenos y el salto entre especies. Estas formas de crianza farmacológica ya se han transformado en la cuna de varias pandemias: en 1997, la cepa H5N1 del virus de la gripe saltó de las aves de corral a los humanos en un mercado de Hong Kong y mató a un tercio de los que infectó, iniciando la primera de varias olas de gripe aviar.

En los océanos la situación no está mejor, los buques factoría con tecnología de punta que localizan y levantan cardúmenes enteros, están convirtiendo los mares en desiertos. El Informe de Pesca de FAO (2020) advierte que, de seguirse así, para 2050 se habrá extinguido el 90% de la vida en las aguas. Por eso, la acuicultura comenzó a tener una presencia creciente. Podría ser una buena noticia, pero no lo es porque al seguir los lineamientos de la ganadería farmacológica sigue su senda de altos rendimientos y alta contaminación de las costas donde instala sus jaulas.

No hay donde esconderse, por eso los gobiernos de todo el mundo, incapaces de lidiar con sus productores (de cuyos impuestos dependen) proponen que sean las poblaciones las que exijan alimentos limpios, seguros y sustentables empujando el cambio. Los países de mayores ingresos empiezan a exigir *eco-labels* (etiquetas ecológicas) en los alimentos importados, lo que pone a la Argentina —uno de los países de agricultura tóxica, ganadería farmacológica y pesca depredatoria— ante la disyuntiva de cambiar o perder los mercados externos que son el destino de su producción sucia.

Respecto de la *distribución*, enfrentamos una *crisis de equidad*. El aumento de la disponibilidad no terminó con el sufrimiento del hambre. Ya hemos señalado el aumento creciente de la disponibilidad, pero al mismo tiempo que la energía disponible crecía, no se reducía en igual proporción el número de los que no pueden comer. Tener alimentos disponibles es necesario, porque no se puede distribuir lo que no se tiene, pero no es suficiente que los alimentos existan, deben llegar a todos, que toda la población tenga *acceso* a ellos es vital. Y si el acceso se produce —como en las sociedades occidentales— a través de mecanismos de mercado, no esperemos equidad. Porque si los alimentos llegan al comensal con la lógica de las mercancías, que se compran y se venden, significa que el acceso dependerá de la capacidad de compra y no de la necesidad del comensal devenido en consumidor. Como dice Milton Friedman (teórico del mercado y Premio Nobel 1976), el mercado es amoral, porque necesita generar desigualdades para establecer flujos. Entonces las sociedades “de mercado” se esfuerzan por compensar con políticas públicas lo que llaman “fallas de mercado” estableciendo un circuito alternativo de alimentos donados, como bienes sociales, para sus poblaciones vulnerables.

En el *consumo* convivimos con una *crisis de comensalidad*. Porque aun los que acceden a los alimentos han perdido el sentido acerca de qué, por qué y con quién comer. Los valores que dan sentido al consumo alimentario también están en crisis: desaparecen las culturas alimentarias, al mismo tiempo que la industria globalizada

homogeniza la oferta y se forma un núcleo de productos procesados que son idénticos en todos los rincones del planeta, y que prevalecen sobre la necesidad, la geografía o la cultura. Gaseosas azucaradas, enlatados, bocadillos (*snacks*), sopas deshidratadas, lácteos endulzados y alcoholes, forman el corazón de los consumos mundiales, a despecho de las necesidades nutricionales o de las preferencias culturales. FAO (2019) calcula en Latinoamérica un solapamiento del 85% con el patrón alimentario anglosajón (donde están situados la mayoría de los *holdings* alimentarios) y señala que esto no ocurrió por demanda sino por imposiciones comerciales. Así, ha provocado una crisis en los patrones alimentarios tradicionales (probados durante cientos de años) y por primera vez en la historia de la cultura humana vemos un desplazamiento del grupo al individuo al momento de decidir qué comer. En el pasado, la decisión acerca de qué comer era social: la familia, la comunidad, la cultura, la economía nacional, decidía lo que se consideraba sano, rico o apropiado (para géneros, edades, situaciones), se sopesaban en la decisión grupal lo que se quería, podía y debía comer. Hoy esa decisión recae en el individuo. Una decisión en solitario de un comensal formateado por la industria mediante su publicidad. El comensal eclipsado por el consumidor (solitario y masificado).

Como la crisis mundial se da en las todas las áreas y simultáneamente, algunos autores la consideran una “crisis de civilización” (Fischler, 1995). Por el contrario, aquí consideramos que es una *crisis del derecho humano a una alimentación adecuada*, que —aunque reconocido como tal por Naciones Unidas— sigue siendo declamatorio desde 1948, cuando luego del horror de la Segunda Guerra Mundial muchas naciones soñaron con un mundo libre de hambre. Todas las dimensiones del derecho están en crisis, la capacidad de alimentarse de manera libre y autónoma, la capacidad de alimentar a otros y a ser alimentado.

Precarización de la alimentación en la Argentina

Cualesquiera sean las variables que se tomen para analizar la alimentación en la Argentina —por lo menos, desde el retorno de la democracia cuando se supone que el Estado toma en cuenta las necesidades de sus ciudadanos—, expresa una precarización creciente, paradójicamente producida bajo un discurso de derechos. Para el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) hablemos de precarización, ya que no faltan alimentos en la mesa, sino que son alimentos de baja calidad y densidad, tanto los que el comensal puede comprar en el mercado como los donados como asistencia directa o por transferencias de ingresos.

La categoría *precarización*, se construye a partir de la idea de inseguridad, del latín *precarius*, se refiere a lo que se obtiene por la súplica o el ruego; y Standing (2011, p. 16) —aunque referido al mundo del trabajo— define la precarización como un proceso en que el sujeto es sometido a presiones que lo conducen a vivir una experiencia frágil en el presente, a incertidumbres acerca del futuro, con una identidad insegura y carente de un sentido de desarrollo posible, por medio del trabajo y el

estilo de vida. Nuevamente, una relación social asimétrica lleva al sujeto a vivir un presente sometido a incertidumbres.

Precarización e inseguridad remiten, necesariamente, a una definición donde el tiempo juega un papel central. Se está en una situación de precariedad en relación a otra que no lo era. Lo mismo puede decirse de la inseguridad, no puede durar, porque si lo hace, deja de serlo y se transforma en daño. Debemos plantearnos ambos conceptos en forma relacional, hay precarización e inseguridad respecto a un momento en donde aquellas no existían o estaban muy atenuadas. Algunos autores europeos, los asocian a la experiencia de pérdida de las políticas del estado de bienestar y los modelos económicos keynesianos, en cambio los autores argentinos la asocian al peronismo y a la pérdida de su política distribuidora (Scaletta, 2017).

Hay que recordar que la precarización de la vida cotidiana y de la alimentación no es una causa sino un efecto. Han sido los efectos de la economía y la política los que condujeron a la inestabilidad en la disponibilidad, el acceso y el consumo, los que —a su vez— han tenido como efectos la precarización de la vida y, por lo tanto, la inseguridad alimentaria macro (de la nación) y micro (de los hogares) con su correlato social y subjetivo de anomia, padecimiento y enfermedad (Aguirre & Díaz Córdova, 2021).

Vamos a describir la precarización de la alimentación anterior a la pandemia de COVID-19 recurriendo a los indicadores de seguridad alimentaria, de manera que veremos la disponibilidad, el acceso, la utilización biológica y la estabilidad para concluir señalando su efecto en los cuerpos y marcar la situación nada virtuosa en la que nos encontró el virus.

Argentina, según la disponibilidad registrada, presenta una situación de holgado autoabastecimiento (3105 kcal/por habitante) y una composición sostenida por cereales en un 32%, carnes y azúcares 18%, aceites y grasas 12%, lácteos 7%, frutas y verduras 5%, tubérculos 3% y otros alimentos 5%. Pese a las fluctuaciones de los precios internacionales, y a que el país come lo mismo que exporta —aun con más del 63% de la superficie con cultivos transgénicos y dedicados a la exportación— y, también, pese a las políticas para el sector agropecuario que han transformado alternativamente al agro argentino en uno de los más abiertos (de 1991 a la actualidad) o en uno de los más protegidos del mundo (de 1950 a 1970), la disponibilidad siempre estuvo asegurada. La precarización de la alimentación argentina no ha dependido de la producción sino de la forma como se distribuyen esos alimentos excedentarios. Si hay una crisis en la disponibilidad que produce incertidumbre respecto del futuro y cuestiona la seguridad alimentaria es la crisis de sustentabilidad por el modelo extractivista del que ya hemos hablado.

La producción secundaria también contribuye a la precarización, porque la industrialización creciente de la alimentación responde y a la vez estimula a que cada vez menos personas cocinen y cuando lo hacen parten de preprocesados y no de materia prima fresca. Año a año se crean nuevos productos de fantasía, en busca de una mayor diferenciación para imponerse a la competencia, induciendo consumos de alimentos “buenos para vender antes que buenos para comer” (Harris, 1989), inocuos sí, pero no saludables a largo plazo y siempre más caros que aquellos

que reemplazan, usando la fortificación, el enriquecimiento, la sustitución de azúcar por edulcorantes o el agregado de fibras para justificar mayores precios.

El segundo componente de la seguridad alimentaria es el acceso, y es justamente la inequidad en la distribución donde debemos buscar una de las causas de la precarización de la alimentación. Las características del mercado de alimentos, los precios internacionales, la existencia o no de retenciones —que ayudan a desacoplarlos—, las cadenas de comercialización cortas (de productor a consumidor) o largas (con diversos intermediarios mayoristas y minoristas, cada uno con distintos márgenes de ganancia), el precio del transporte y combustibles, todo esto incide en el precio de los alimentos que aumentan sin cesar y más que el promedio inflacionario. Nadie puede desestimar la inflación como componente principal de la capacidad de compra. Y esto no es coyuntural sino estructural. En un siglo el promedio inflacionario anual ha sido 105% con picos como 3079% en 1989 (año de hiperinflación) y 5% en 1944.

No por constante deja de ser una de las variables más perturbadoras e irritantes al enfrentar la alimentación cotidiana, pero la lógica de ese aumento tiene que ver con variables de política económica interna y externa, absolutamente desconocidas e incontrolables para el comensal; por lo que estos han desarrollado técnicas analógicas de medición de la inflación que normalmente tienen que ver con su unidad de gasto: el llenado de la bolsa o el changuito marcan si debe recurrirse a los alimentos “de carestía” (panificados, harinas, papas, grasa).

Si la inflación es el reino de la incertidumbre, esto no cambia con la asistencia del Estado a los que no pueden comprar. La fuerte impronta clientelar de los programas alimentarios para la población pobre tampoco permite prever el futuro, la misma inflación que licúa las compras hogareñas, licúa los presupuestos de los comedores y de los programas asistenciales. Los bolsones de alimentos donados —pese a su declamatoria de impronta técnica y diseño nutricional— cambian, desaparecen y dependen —nuevamente— de variables incontrolables como ententes políticas entre dirigentes barriales y nacionales o cambios de ministros o administraciones que de ninguna manera aseguran la estabilidad de la ayuda.

Transferencias monetarias como la Asignación Universal por Hijo, si bien permiten mayor autonomía, porque las cobran las madres a través del banco, tampoco se liberan de producir incertidumbre ya que la actualización de los montos —en un contexto inflacionario— es fundamental, y al inicio, en 2009, se actualizaba por decreto cada seis meses, en 2015 se ató a las jubilaciones y hoy una ley la actualiza por un índice creado ad hoc cada tres meses. Como se comprenderá, con cuatro años de inflación anual cercana al 50% es muy difícil confiar que el incremento será justo cuando depende de una decisión arbitraria en base a una metodología desconocida que además tardará tres meses para llegar al bolsillo de una familia pobre.

Si los precios aportan una gran cuota de imprevisibilidad, el otro componente, el ingreso, está dominado por los avatares del mercado de trabajo. Argentina mantiene una alta tasa de informalidad —cercana al 35%—, con múltiples tipos de contratos flexibles que, aun siendo formales, se parecen peligrosamente al mercado informal. La flexibilización de los horarios del trabajo, la utilización de los sindicatos para

beneficio de sus dirigentes, o la fragilidad de las leyes regulatorias por la crisis económica permanente, incide en el empleo y por carácter transitivo en los ingresos, a lo que se añade el carácter sexista de los salarios y los despidos, que baja aún más los ingresos de las mujeres. Se comprenderá que la inseguridad alimentaria vía acceso sea un efecto esperable de la precarización laboral que muchos autores sitúan en el proceso de globalización económica (Castel, 2010). Cuanto más se deteriora la capacidad de compra de los hogares, y el Estado se hace cargo con políticas asistenciales y compensatorias, más se precariza la alimentación de estos hogares que al salir del mercado —en una sociedad mercantilizada— pierden otras dimensiones no nutricionales de la alimentación: la posibilidad de vertebrar una estrategia de consumo propia; pierden libertad, autonomía y perspectivas de futuro.

La utilización biológica de los alimentos es el tercer componente de la seguridad alimentaria y compete tanto a la biología de los alimentos —inocuidad, densidad, servicios asociados— como al estado de salud, nutrición o educación del comensal. Ilustraremos la precarización de la alimentación en este aspecto revisando los consumos del AMBA a través de las Encuestas Nacionales de Gasto de los Hogares (ENGHO) (INDEC, 1985, 1996, 2006, 2012 y 2018), las Encuestas Nacionales de Nutrición y Salud (ENNYS) (Ministerio de Salud, 2007 y 2019a) y las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR) (Ministerio de Salud, 2019b). Reprocesando los datos a partir de esas bases podemos verificar la precarización en la cantidad y en la calidad de los alimentos consumidos (que sufre de diferente manera la población correspondiente a los distintos sectores de ingresos).

Desde la primera hasta la última ENGHO, la alimentación pasó de fresca a procesada, de casera a industrializada, de hogareña a individual. Es cada vez más mercantilizada y más cara. Los hogares compran —y en los sectores de menores ingresos la compra equivale al consumo porque tienen escasa capacidad de almacenar— cada vez más enlatados, conservas, salsas, y productos industrializados —panes, fideos secos, harinas refinadas, arroz, enlatados, golosinas, *snacks*, gaseosas— y lo que ganan en tiempo de procesamiento lo pierden en presupuesto.

La alimentación —sobre todo la de los más pobres— se precariza al recurrir a productos industrializados no solo por el costo —que permite menos cantidad—, sino por la pérdida de autonomía. Hoy cuando los fideos secos son el alimento más consumido por los más pobres... poquísimas abuelas recuerdan la técnica —y el secreto— del amasado de la harina de trigo candeal.

También aumentan las comidas hechas para consumir dentro del hogar. En 1950, las rotiserías y pizzerías entregaban comidas “para llevar”, pero a partir de 1990 pueden entregar a domicilio —*delivery*— y los rubros se diversifican. Esta modalidad desnuda nuevas formas de sociabilidad, sobre todo en adolescentes, cuya independencia ha aumentado respecto a la primera encuesta y que hoy pueden elegir y pedir fuera del control paterno.

A su vez, también han crecido las comidas fuera del hogar: desde la década de 1990, el 50% de la población no toma todas sus comidas en el hogar. Horarios institucionales de escuelas y de empleos obligan a realizar consumos de alimento fuera del hogar. La pobreza empuja a comedores comunitarios. Comer “afuera” tiene

diferentes significados: asistencia, en los pobres, y en los sectores de ingresos medios y altos —dada la amplia oferta de restauración— significa lo opuesto: una demostración de su bienestar económico y saber vivir.

Junto a esto, el proceso de desvalorización y deslegitimación social de la mujer que cocina para su familia ha ido creciendo al asociarse a los roles de la familia tradicional. Hoy varones, mujeres y otros colectivos valorizan su rol productivo y la trayectoria personal en el empleo asalariado, no en el hogar. Aunque el empleo se considera un bien escaso, la mitad de las mujeres participan del mercado de trabajo registrado y un número indeterminado en el mercado informal. El horario laboral, las largas distancias y la incomodidad del transporte público también reducen el tiempo dedicado a la cocina, lo que sumado a la desvalorización y al abandono de habilidades, convierte en deseable “comer afuera”, transformado en una demostración de modernidad y respeto por el nuevo rol de la mujer (Aguirre, *et al.*, 2015).

Todos los nutricionistas coinciden en que los productos industrializados y las comidas preparadas, suelen ser menos saludables que las comidas caseras, elaboradas desde la materia prima fresca, y distribuidas en la mesa. Entonces estas tres categorías, a despecho de su significado social, estarían marcando una precarización en la alimentación de todos los sectores, pero esta vez por la pérdida de densidad nutricional, la que se observa en el retroceso de los productos frescos como: frutas y verduras, carnes y lácteos, lo que no es privativo del AMBA, sino propio de todas las áreas urbanas.

Para ejemplificar la categoría *utilización biológica* usaremos las Encuestas Nacionales de Nutrición y Salud (ENNyS) (Ministerio de Salud, 2007, 2019a) donde observamos los efectos en los cuerpos de los consumos que mostraban las encuestas anteriores.

La primera ENNYS (Ministerio de Salud, 2007) abordó al grupo materno-infantil. Allí, los principales problemas eran la anemia nutricional en los menores de dos años (41,1% de los niños de familias pobres y 29,4% de las no pobres) y mujeres embarazadas (30,5%), obesidad (10,4% de los niños menores de seis años, 15,6% de las mujeres de diez a 49 años con máximo de 31% en las mayores) y baja talla en 8,2% de los niños menores de seis años. También se identifican deficiencias dietéticas de calcio, vitaminas A, C y B12. Esos déficits de nutrientes son el resultado de ingestas pobres en verduras, frutas, lácteos, aceites diferentes al girasol, legumbres y cereales integrales, al mismo tiempo que con exceso de azúcares y bebidas azucaradas, carnes y cereales muy refinados y de baja densidad de nutrientes.

En la segunda ENNYS (Ministerio de Salud, 2019a), cuya muestra incluyó tanto a niños y adolescentes como adultos, la proporción de bajo peso y emaciación en la población de menores de cinco años fue de 1,7% y 1,6% respectivamente. La proporción de baja talla fue de 7,9%, con diferencias significativas por nivel de ingreso, primer quintil 11,5% versus quinto quintil 4%. El exceso de peso estuvo presente en el 13,6% de la población menor de cinco años. Mientras que entre los cinco y los 17 años: la delgadez alcanzó al 1,4%. La proporción de baja talla fue de 3,7%, con diferencias significativas por nivel de ingreso (primer quintil 3,8% versus quinto quintil 1,3%) y el exceso de peso estuvo presente en el 41,1% de la población.

Observamos que la baja talla y el bajo peso se mantienen en valores relativamente estables y se relacionaron de manera inversa al nivel socioeconómico, no así el sobrepeso y la obesidad que fueron similares para todos los niveles de ingreso en niños, niñas y adolescentes.

Entre los adultos, la prevalencia de exceso de peso fue de 67,9% (sobrepeso 34% y obesidad 33,9%), con diferencias significativas por nivel de ingreso, primer quintil 36,9% versus quinto quintil 29%. El sobrepeso y la obesidad son las formas más frecuentes de malnutrición y han aumentado sostenidamente. Esto concuerda con lo observado en la cuarta ENFR (Ministerio de Salud, 2019b), donde la prevalencia de exceso de peso fue de 66,1%. Los grupos sociales de menores ingresos evidenciaron mayores índices de exceso de peso a expensas de mayor prevalencia de obesidad, que fue un 21% mayor en el quintil de ingresos más bajos respecto del más alto.

Respecto de la baja actividad física, aunque la encuesta 2019 registra un 44,2%, señala una leve mejoría respecto a 2013, cuando era del 54,7%, con peores indicadores en mujeres que en varones (46,6% versus 41,5% respectivamente) y en adultos (en mayores de 65 años llega al 56,7%) respecto de los jóvenes (entre 18 y 24 años que es 33,5%). La prevalencia entre los más pobres (primer quintil) fue de 47,3% mientras que en el quinto quintil fue de 37,8%, esto era esperable por las peores condiciones urbanísticas, mayor inseguridad barrial y mayores tiempos de trabajo y desplazamiento.

El cuarto componente de la seguridad alimentaria es la estabilidad, pero justamente hemos señalado como el problema de la inestabilidad los atraviesa los tres anteriores. En la disponibilidad, como dependencia del agronegocio, cuestionando la sostenibilidad y la salubridad. En el acceso, como inflación, caída de los ingresos y crecimiento de la asistencia social alimentaria. Y en la utilización biológica, como deterioro en la calidad de los alimentos y en el estado nutricional promedio de la población del AMBA. Todos datos que sostienen la idea de una precarización creciente de la alimentación en el área (Aguirre & Díaz Córdova, 2021).

Bases alimentarias de las pandemias

Reflexionaremos ahora sobre las bases alimentarias de las epidemias, nuevamente, en el tiempo y yendo de lo global a lo particular. Las epidemias de enfermedades infecciosas solo aparecen en la historia de la cultura cuando se dan ciertas condiciones: contacto estrecho con animales, población numerosa y concentrada, si le agregamos una población subalimentada donde los granos dominan y fuentes de agua colectiva que se usa indistintamente para cocinar, beber, criar animales y fabricar, tendremos el medio perfecto. Estas condiciones comenzaron a darse a partir de la domesticación y el asentamiento en aldeas en todo el mundo a partir de hace 10.000 años.

No es que los cazadores recolectores paleolíticos no hubieran tenido enfermedades, sino que estas no tomaron forma epidémica. Las enfermedades que sufrieron variaron con su cultura, su medioambiente y las edades.

Con el medioambiente, porque aquellas asociadas a gusanos (tenia, anquilostoma) y a los protozoos que tienen como vectores a insectos (el mosquito *Anopheles* en la malaria y la mosca tse-tse en la enfermedad del sueño o tripanosomiasis africana) son un problema en los trópicos, pero no en climas polares donde los vectores no sobreviven al frío. Varían con la edad, porque —aunque también infecten a los adultos— las infecciosas y las parasitosis son más graves en la infancia. En la adultez aparecen enfermedades degenerativas en huesos y articulaciones como artritis, osteoartritis, osteoporosis, también desgaste dental, y fracturas por accidentes (la caza y recolección demanda más esfuerzo físico y los expone a accidentes). Todas las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, hipercolesterolemia, obesidad, etcétera), son desconocidas o muy poco habituales en las sociedades cazadoras-recolectoras. Fueron inexistentes hasta el contacto con poblaciones urbanas: difteria, gripe, sarampión, paperas, tos ferina, rubeola, viruela y fiebre tifoidea. En cambio, las fiebres transmitidas por artrópodos —diarrea, enfermedades gastrointestinales, respiratorias e infecciones de la piel— fueron y son comunes en estos grupos porque son crónicas o se propagan de manera intermitente. Las infecciosas que los enferman tienen agentes compartidos por humanos y animales (como el virus de la fiebre amarilla, que se transmite de los monos infectados a los humanos a través de los mosquitos que los pican a ambos). O tienen agentes que viven en el ambiente (como el *Clostridium tetani*, causante del tétanos, que sobrevive en el suelo, agua, heces o dientes de animales o el *Clostridium botulinum*, causante del botulismo, que sobrevive en suelo, agua y alimentos). Muchas de sus enfermedades no son agudas sino crónicas (espondilitis anquilosante) o tienen reducida probabilidad de transmisión como la lepra (mal de Hansen) y el pian (Frambesia tropical). Además, no confieren inmunidad permanente, de manera que la misma persona puede volver a infectarse. Estas cuatro razones implican que estas enfermedades se pueden mantener en poblaciones pequeñas infectando a los mismos sujetos una y otra vez, a partir de reservas en el medio o en enfermos crónicos (Aguirre, 2017).

Las epidemias, como las conocemos, aparecen en poblaciones mayores, asentadas y hacinadas en aldeas, pueblos o ciudades, en estos ambientes donde las poblaciones humanas y animales estaban en contacto muy estrecho por el proceso de domesticación, algunas zoonosis pasaron la barrera de las especies y permitieron que los microbios de los animales se adaptaran a los humanos y evolucionaran hasta volverse patógenos. Algunos de ellos no son particularmente nocivos en los animales, que conviven con ellos desde hace milenios y por eso han logrado desarrollar cierta resistencia. Pero se hacen mortales cuando les damos oportunidad de colonizar nuestros cuerpos, evolucionar y adaptarse. En el pasado, además de su carne y su leche las vacas nos pasaron el sarampión y la tuberculosis, los cerdos la tos ferina y los patos la gripe. Pero esta es solo la historia del agente (Aguirre, 2020).

Los humanos, como huéspedes inesperados para esta vida microscópica solo fuimos tales cuando empezamos a crear pequeños ecosistemas (parcelas) con la ilusión de controlar la producción de alimentos y superar la escasez estacional y de mediano plazo. Claro que para esto hubo que destruir hábitats salvajes para extender cultivos. La intensificación de la producción que trajo la agricultura y la acumulación

de excedentes (ya sea en cuatro patas como los pastores o en granos como los agricultores) permitió que la población se agregara en aldeas y pueblos y que sobrevivieran más niños alimentados con papillas de cereal, y que las mujeres pudieran sobrevivir embarazos sucesivos. Mayor cantidad de población, alimentación poco densa, agua contaminada y animales domesticados fue el combo explosivo que convirtió a las enfermedades en epidemias, estas asolaban las poblaciones regularmente (cuando crecía el número de susceptibles o cuando un nuevo agente arribaba al poblado). Aunque fue el hambre la principal epidemia que asoló a la humanidad desde entonces, tanto por causas naturales (inundaciones, sequías, insectos) como políticas (impuestos, guerras, levas forzosas), la capacidad de comer en el futuro siempre estaba en entredicho; de manera que, sin exagerar, se puede decir que desde la “invención” de la agricultura la humanidad vivió en sociedades de restricción calórica, alternando periodos de abundancia y de escasez. Acumulación y apropiación de los excedentes y distintas formas de distribución fueron las formas más o menos creativas que encontramos para paliar el hambre (de unos pocos antes que de las mayorías). Y como una población desnutrida es una población inmunodeprimida (el sistema inmunológico humano está formado de proteínas, justamente los alimentos más caros, por la energía y el tiempo necesarios para producirlos) hoy como ayer, la posibilidad de resistir las enfermedades estuvo muy limitada.

Con el transporte de especies posterior a la expansión colonial europea, las epidemias arrasaron continentes enteros. En América, se libró la primera guerra bacteriológica que eliminó al 90% de la población en el primer siglo de contacto. Esta desgracia para los pueblos originarios —que eran todos susceptibles— permitió la destrucción y el sometimiento de una multitud de culturas. En África, además del desangramiento que representaron 300 años de esclavitud, la destrucción del hábitat y el contacto con la fauna salvaje permitió que un lentivirus alojado en los macacos del Congo perfeccionara durante 300 años su adaptación al cuerpo humano convirtiéndose en el VIH. En Asia, la extensión de los campos de arroz de inundación explotados por las compañías británicas hizo que evolucionara un pequeño habitante de esas aguas salobres transformándose en el cólera que ha sido responsable de siete epidemias (Aguirre, 2020). Es interesante señalar que a este “vibrión cólera” también le debemos la manera actual de pensar las epidemias. Porque fue en Londres en 1854, durante una epidemia de cólera, cuando el médico John Snow produjo una ruptura epistemológica dentro de la medicina cuando no se contentó solo con asistir a los pacientes, sino que buscó ubicar los casos en un mapa, trasladando el foco de interés del individuo a la población. Así, observó que los casos de cólera se agrupaban en torno a una plaza donde estaba ubicada una bomba pública de agua. El doctor Snow asoció el consumo de esta agua a la enfermedad, entonces para contener el brote fue a la plaza y le retiró la manija bombeadora, obligando al barrio a proveerse de otro pozo (mucho más profundo, en una cervecería cercana). Semanas más tarde los casos habían mermado. Había eliminado la fuente de la contaminación y al mismo tiempo había creado la epidemiología. Un amigo biólogo le avisó que —vistas en el microscopio— en el agua de esa bomba nadaban unos “protozoos coliformes” que no aparecían en las muestras de otros pozos.

La idea de identificar un agente y detener la infección transformó la medicina en sanidad. Por su influencia, las ciudades se rediseñaron con sistemas de agua potable, cloacas, reformas en las calles y casas y, por supuesto, regulaciones en los alimentos. A partir de entonces, primero con prevención y luego mejorando la atención, con el desarrollo de vacunas y antibióticos, las epidemias de enfermedades infecciosas retrocedieron tanto que pensamos que podían eliminarse (aunque existe un solo caso: la viruela).

La esperanza de vida se extendió, el estado nutricional mejoró, y empezaron a ser las enfermedades crónicas no transmisibles la preocupación de los ministerios de salud de las naciones. Se había producido una transición epidemiológica de la envergadura de la vivida hace 10.000 años con los cereales, la sedentarización y las epidemias. En 2013, por primera vez la obesidad, una enfermedad dependiente del estilo de vida, fue declarada pandemia.

Sin embargo, hoy día cuando los consumos conspicuos de los habitantes de las megaciudades braman por cada vez más mercancías, sean alimentos o computadoras, la mercantilización de la naturaleza ha permitido que más y más hábitats sean destruidos y su regalo envenenado es que cada vez estamos más en contacto con los animales y sus enfermedades. Solo que la velocidad de la comunicación, de mercancías o personas es tal, que enfermedades que podían ser un fenómeno local en el pasado hoy pueden difundirse y convertirse en pandemia (Aguirre, 2020).

La destrucción de todos los ecosistemas naturales por la extensión de los cultivos, acerca los animales salvajes a los humanos, ya sea porque competimos por el mismo espacio, o porque los animales desplazados invadan otras áreas (cotorras, ratas, mapaches y murciélagos se han adaptado a las ciudades ante la destrucción de sus forestas). Si bien los animales salvajes siempre fueron cazados como comida, hoy un sofisticado mercado de carne de caza para paladares gourmet los lleva, con sus microbios, a miles de kilómetros de su origen, aumentando el riesgo de propagación de un patógeno.

Pero quizás la mayor fuente de enfermedades es el sistema de crianza “industrial”, del que ya hemos hablado. Miles de animales, ya sean pollos, cerdos, vacas, son hacinados, superalimentados y medicados “preventivamente”, le han dado a la industria alimentaria las armas que necesitaba el sistema sanitario para protegernos. Una adaptación de la bacteria *Escherichia coli*, apareció en los *feed-lots* de EEUU en la década de 1990 y hoy infecta los rodeos de todo el mundo, pero para las vacas no es letal como ocurre en cambio con nuestros niños (síndrome urémico hemolítico) al comer su carne cocida a menos de 70 grados, rosada, jugosa como es la costumbre en las cocinas de múltiples países. La ceguera triunfalista del progreso sin fin del mundo global donde todo es éxito y tecnología desoyó las alarmas y acalló las advertencias de este tipo de crianza tildando a los académicos de profetas del apocalipsis.

En especial porque el COVID-19, al igual que el cambio climático, resulta la pandemia más anunciada de la historia, desde la última mitad del siglo XX. Fue precedida por las pandemias de gripe asiática (H2N2) aviar en 1958; gripe de Hong-Kong (H3N2), en 1968; VIH-sida, en 1982; síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) causado por un murciélago, en 2002; gripe aviar (H5N1), en 2008; gripe porcina

(H1N1), en 2009; síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS), en 2012; Ébola (fiebre hemorrágica), en 2014; y finalmente llegó diciembre de 2019 y el COVID.

Desde académicos hasta directores de cine advirtieron con datos y pruebas, la posibilidad de otra pandemia, hasta se adelantaba China como lugar de inicio ya que había sido origen de tres pandemias anteriores y presentaba el ambiente perfecto por su desarrollo a expensas del hábitat, su densidad de población y su desigualdad. El Centro de Control de Enfermedades (CDC) de EEUU había abierto una oficina en China (que Donald Trump cerró, durante su presidencia).

Otras advertencias surgían incluso de China, en Tongguan, donde se habían estudiado muestras de virus de murciélagos luego de que varios trabajadores desarrollaran una forma letal de neumonía, después del accidente que los expuso a estos animales. Al secuenciar el genoma del COVID-19 se observó el parentesco con el coronavirus RaTG13 aislado tres años antes, pero aparte de un artículo científico, se hizo muy poco para estudiar las condiciones de transmisión y mutación que hubieran podido prevenir la pandemia.

Esta es solo la historia del agente, pero como decía Ramón Carrillo: “Frente a las enfermedades que genera la miseria [...] los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas”. Sin embargo, la manera de interpretar la pandemia desde el campo de la salud ha sido biológica y no sociológica, y nos ha retrotraído a la epidemiología de infecciosas de la primera mitad del siglo XX como interrelación de un agente, un huésped y un medio, olvidando los aportes de la epidemiología crítica que pone el acento en los procesos de creación de la salud/enfermedad/atención con foco en la población y no en las instituciones sanitarias. No cabe duda de que la pandemia se pudo difundir porque, desde hace décadas, la globalización excluyente perpetuó y aun incrementó la pobreza en los márgenes y dentro de los países. A despecho del crecimiento de su PBI, todos los países presentan enclaves de desigualdad y ciudadanía limitadas de poblaciones de pobres propios, inmigrantes, desplazados económicos y climáticos etcétera. En la Argentina, como en otros países que pasaron por etapas de decrecimiento, existe una concentración alarmante (el 10% concentra el 28% del ingreso), con un Estado que —a pesar de las declamaciones de distintas administraciones— hace décadas que desinvierte en servicios públicos de infraestructura, vivienda, educación y salud. El COVID-19 obligó a una reconversión de apuro de los centros sanitarios para ampliar aparataje, personal y capacitación tratando de responder a la demanda en plena crisis.

Ante una enfermedad nueva se utilizaron instrumentos medievales. El Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) profundizó algunos aspectos de la dinámica social anterior, siguiendo el clivaje de las desigualdades existentes, en otros aspectos, generó nuevas formas de exclusión alimentaria. Los efectos de la pandemia profundizaron las tendencias económicas existentes: cerraron los pequeños establecimientos (131.000 entre producción y comercio) y ganaron los grandes *holdings* (por lo menos, en alimentación). La empresa Molinos acusó una ganancia en diciembre de 2020 de 1.746 millones de pesos, Arcor de 1.229 millones de pesos y Ledesma de 736 millones de pesos. Asistencialismo en los más pobres, subsidios al consumo, restricción de la inversión productiva, configurando lo que en simulación teórica se

llama “efecto San Mateo” por la frase del evangelio: “al que tiene se le dará, al que no tiene se le quitará”, claro que allí se refería a la fe, aquí a los ingresos. El resultado es que debido a las medidas tomadas para manejar la pandemia se polariza aún más una pirámide de ingresos muy desigual donde crece la pobreza y se pauperiza el sector medio.

Una primera reflexión, absolutamente rudimentaria, sobre nuestra recolección de 52 entrevistas virtuales a responsables de la comida en los hogares (que ya habían colaborado con nosotros en investigaciones anteriores), 46 mujeres y seis varones entre 30 a 64 años que viven en hogares de diferentes niveles de ingreso dentro del AMBA y 12 comensales convivientes con los entrevistados entre 13 y 30 años, nos llevan a las siguientes afirmaciones.

Aunque el presidente Alberto Fernández ha afirmado que “el virus ataca a todos por igual” las estadísticas lo desmienten. La infección, el tratamiento y la muerte reproducen las asimetrías preexistentes. La pandemia de COVID-19 dejó en evidencia la pandemia de desigualdad anterior. Siguió un clivaje de género (murieron más varones que mujeres) y de edad (murieron más adultos mayores que niños, la edad promedio de los muertos fue de 75 años, mientras que los niños registraron solo 155 muertes, todas con comorbilidades importantes). Y sobre reprodujeron las desigualdades, como en todas las epidemias, murieron más pobres que ricos (aunque haya un registro fragmentado) y un 35% de subregistro en economía que nos permite también dudar de las cifras de pobreza.

¿Por qué sufrirían más COVID-19 los pobres? En principio por la precarización de su alimentación que hace décadas viene basándose en panificados y harinas, carnes grasas, azúcares y menos en frutas y verduras, carnes magras y lácteos, como las ciencias de la nutrición recomiendan. Dietas bajas en proteínas también predisponen a menores defensas, ya que los anticuerpos del sistema inmunológico son proteínas. Viviendas precarias, con servicios precarios, hacinamiento, largos viajes apretujados en el transporte público, empleos informales e ingresos inestables, acceso restringido a la atención sanitaria, son los determinantes sociales de la enfermedad, de cualquier enfermedad, pero más de las infectocontagiosas como el COVID-19. Y fueron ellos los que determinaron el riesgo de contagio, el acceso a la atención necesaria y la capacidad de recuperación.

Hay que reconocer que es muy difícil tomar decisiones en el contexto de una enfermedad sin historia, absolutamente nueva y con la sola experiencia de Eurasia que la sufría con seis meses de anticipación. Los consejos de asesores epidemiólogos e infectólogos actuaban por homologación antes que por conocimiento, por lo que la comunicación hacia la población durante los primeros meses fue caótica, recurrió más a la culpa que a la responsabilidad y otra vez fue polarizada: presidencia-hogares. Desaparecieron las instituciones intermedias que se supone, ya sea por su base territorial o de interés, están más cerca de los sujetos. Desde escuelas hasta sindicatos, incluso los otros dos poderes del Estado detuvieron su trabajo y, por lo tanto, sus posibles contribuciones.

La respuesta del Estado central fue asistencial, hospitalocéntrica, abrazando el modelo médico hegemónico, desestimando la atención ambulatoria y la

organización comunitaria para la prevención de la infección. La principal estrategia para evitar la infección fue el aislamiento social preventivo y obligatorio desde el 20 de marzo hasta el 2 de agosto de 2020, cuando comienza el distanciamiento (Poder Ejecutivo de la Nación Argentina, 2020a, 2020b).

Aunque el virus infecta habitantes, las respuestas políticas se planearon para los ciudadanos. Por eso hubo que ampliar ciudadanía de apuro, visibilizando al 30% de informales “invisibles”, y el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) que se planificó para tres millones de personas fue cobrado por 9 millones.

Otra cosa es que hubo *cuarentenas* idistintas! (en plural). Pero a todas se les dio la misma respuesta: “*Quedate en casa*”. Sin tomar en cuenta la diversidad habitacional en un país notoriamente desigual. Entonces el encierro en una casa precaria, hacinados, sin servicios ni conectividad, hubiera requerido decir: “*No se queden en esa casa, vivan al aire libre el mayor tiempo posible*”.

Esta diversidad de cuarentenas dio un abanico de estrategias domésticas de consumo, ya que fue en los hogares donde se realizaron la mayor cantidad de eventos alimentarios y también los más significativos. Los hogares trataron de mantener la normalidad previa (que generaba un efecto de estabilidad tranquilizadora) y responder a las nuevas circunstancias (adaptándose a normas sanitarias mal comunicadas y al propio miedo a la infección). Esto no estuvo exento de tensiones, negociaciones, éxitos y fracasos. Este proceso de rápida adaptación no fue acompañado por las políticas del Estado que solo tomaron en cuenta los aspectos económicos de la alimentación (asombroso en el área con más densidad de psicólogos por habitante).

Sabemos que a nivel general tanto como a nivel de los hogares cayó la capacidad de compra por el efecto combinado de la caída de los ingresos (aunque el Estado pagó el 50% de los salarios de los formales, dos salarios mínimos) y el aumento del precio de los alimentos (aunque el gobierno trató de congelarlos a abril, finalmente los “liberó” para evitar el desabastecimiento).

Dentro de los hogares, en una situación de desconocimiento, sin experiencia anterior de encierro, con pocas certezas acerca de la alimentación adecuada a estas circunstancias, observamos: a) cambios en los alimentos consumidos, b) cambios de las preparaciones, c) modificación de los responsables, y c) cambios en las funciones de la comensalidad. Si hubo un factor común es que las mujeres soportaron una carga mayor porque en ellas se delegó la responsabilidad del cuidado, “naturalizando” roles sociales, como en el pasado.

Toda la sociedad comió más (hubo más cocina casera y también más *delivery*) y peor. Aumentó el consumo de las harinas (sobre todo, la de trigo) que permiten hacer diferentes comidas: pan, fideos, tortas; dan saciedad, traen tranquilidad por su capacidad de stock, y como en nuestra cultura “pan” es sinónimo de “comida” tener harina para hacer pan generaba seguridad. Aumentó el consumo de azúcar y gaseosas azucaradas, debido al placer asociado a los sabores dulces, especialmente destinados a la niñez. Las entregas para consumo de las principales azucareras lo confirman. Pero Coca Cola señaló en su balance del 2020 una caída de ventas del 28% que atribuye al cierre de restaurantes y entretenimientos. Aumentó el consumo de la grasa vacuna (más barata que el aceite): por la combinación imbatible de hidratos

+ grasa+ azúcar, nuestra torta frita, tradicional, barata, rápida y gustosa fue la estrella de las tardes. Aumentó el consumo de alcohol, cuyo uso está culturalmente legitimado ante la desorganización de las rutinas y la afectación emocional. Alcohol que fue catalizador de violencia doméstica, que también aumentó. Aunque estemos preocupados por el avance de las drogas duras en la niñez, la principal droga es legal y sigue siendo el vino a edades cada vez más tempranas. Y la cerveza en adolescentes cada vez más niños.

Como estos fueron los alimentos que incrementaron su consumo, es esperable mayor sobrepeso, hipercolesterolemia y diabetes mellitus que ya preocupan en la práctica pediátrica.

En toda la sociedad aumentó la demanda de alimentos agroecológicos, una paradoja de corta duración fue que los pobres accedieron a estos alimentos cuando ellos son los principales consumidores del “mercado de los pobres”, segundas marcas de la industria, baratos pero de baja calidad, con que sustituyen productos frescos. Los alimentos agroecológicos por poco tiempo llegaron a los barrios más pobres al cortarse su cadena de comercialización alternativa.

Un tema importante fue que obligadamente se volvió a la comida casera por sus ventajas (barata, racional, controlada, multifuncional, aunque no necesariamente saludable). Se usó la cocina como recreación familiar (haciendo galletitas, panes y tortas con los niños) donde había recursos se usó tiempo en preparaciones especiales (las recetas de la abuela). La comida fue una defensa contra la angustia del encierro y el miedo a la infección. Se pensó más en preparaciones gustosas y aceptadas teniendo en cuenta el placer actual más que la salud futura y se usó la multifuncionalidad de la comida (al hornear se calienta la casa).

También se volvió a la comensalidad hogareña (que está en retroceso por la comensalidad colectiva de los comedores asistenciales y el consumo individual promovido por la industria de ultraprocesados. Se vieron entonces las funciones no nutricionales de la mesa, (como el lugar donde —con la excusa de la comida— se socializan los jóvenes, se promueven y resuelven conflictos o se transmiten el saber acerca de la manera que debe ser interpretada la vida).

Comida casera y comensalidad incrementaron la tarea de mujeres y niñas, así como también cargaron sobre ellas la limpieza y demás tareas de cuidado. Los varones prefirieron cocinar a limpiar y, saliendo de su papel de asadores, hubo quienes afrontaron la cocina cotidiana. Los adolescentes —más irritables y aburridos que de costumbre— no colaboraron (ni fueron requeridos en la mayoría de los casos).

En resumidas cuentas, la alimentación de los hogares se precarizó sobre las mismas tendencias anteriores y las buenas prácticas no sobrevivieron a la apertura.

Pero una enseñanza que nos deja la sindemia, la confluencia de las pandemias de desigualdad, cambio climático y epidemias todas con los mismos determinantes sociales, es que en defensa propia deberíamos modificar nuestra manera de pensar el mundo: somos parte de un sistema alimentario/social/político/sanitario, en crisis, y por eso tenemos necesidad de cambiarlo, buscando como los médicos griegos del

pasado: “no dañar”. Ni al planeta ni a las especies que habitan en él, incluyendo a los humanos.

Bibliografía

- Aguirre, P. (2009). An anthropological view on the impact of poverty and globalization on the emerging epidemic of obesity. En: Tsatsoulis, A.; Wyckoff, J.; Brown, F. (eds). *Diabetes in Women. Pathophysiology and Therapy*. London: Humana Press.
- Aguirre, P. (2017). *Una historia social de la comida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Aguirre, P. (2020). Las epidemias en la historia de la cultura. La fuerza de lo pequeño. *Intramed*, 14 de abril de 2020. Recuperado de: <https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenido=95960>.
- Aguirre, P.; Díaz Córdova, D.; Polischer, G. (2015). *Cocinar y comer en Argentina hoy*. Buenos Aires: FUNDASAP.
- Aguirre, P.; Díaz Córdova, D. (2021). La inestabilidad como rutina. La precarización de la vida cotidiana y su impacto en la alimentación en Buenos Aires, Argentina. *Revista de Antropología Social*, v. 30, n. 2, p. 119-133. doi: <https://doi.org/10.5209/ra.77894>.
- Cartwright, F.; Biddiss, M. (2005). *Grandes pestes de la Historia*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Castel, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Carrillo R. (2018). La salud del pueblo depende de diversos factores indirectos del pueblo. En: *Política sanitaria argentina*. Remedios de Escalada: De la UNLa, Universidad Nacional de Lanús. p. 51-57. doi: <https://doi.org/10.18294/9789874937032>.
- Poder Ejecutivo de la Nación Argentina. (2020a). Decreto 297/2020. Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Boletín oficial, publicado el 20 de marzo de 2020. Recuperado de: <https://bit.ly/3yIrcer>.
- Poder Ejecutivo de la Nación Argentina. (2020b). Decreto 641/2020. Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Boletín oficial, publicado el 2 de agosto de 2020. Recuperado de: <https://bit.ly/30IeZrT>.
- FAO. (2020). *El estado mundial de la pesca y la acuicultura 2020. La sostenibilidad en acción*. Roma: FAO. doi: <https://doi.org/10.4060/ca9229es>.
- FAO. (2019). *Perspectivas de largo plazo. Agricultura mundial hacia los años 2015-2030*. Recuperado de: <http://www.fao.org/3/Y3557S/y35575s06.htm>.
- Fischler, C. (1995). *El (h)omnívoro*. Barcelona: Anagrama.
- Harris, M. (1989). *Bueno para comer. Enigmas de alimentación y cultura*. Madrid: Alianza Editorial.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 1985). Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGHO). Área Metropolitana de Buenos Aires. Buenos Aires: INDEC. Recuperado de: <https://www.indec.gob.ar>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 1996). Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGHO). Área Metropolitana de Buenos Aires. Buenos Aires: INDEC. Recuperado de: <https://www.indec.gob.ar>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 2006). Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGHO). Área Metropolitana de Buenos Aires. Buenos Aires: INDEC. Recuperado de: <https://www.indec.gob.ar>.

- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 2012). Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGHO). Área Metropolitana de Buenos Aires. Buenos Aires: INDEC. Recuperado de: <https://www.indec.gob.ar>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 2018). Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGHO). Área Metropolitana de Buenos Aires. Buenos Aires: INDEC. Recuperado de: <https://www.indec.gob.ar>.
- Ministerio de Salud. (2007). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS). Recuperado de: <https://bit.ly/3J3pyaf>
- Ministerio de Salud. (2019a). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS). Recuperado de: <https://bit.ly/3GYIFBK>
- Ministerio de Salud. (2019b). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR). Recuperado de: <https://bit.ly/3H1PIbH>.
- The Lancet (2019). A future direction for tackling malnutrition. *The Lancet*, v. 395, n. 10217, p. 2, 15 de diciembre de 2019. doi: 10.1016/S0140-6736(19)33099-5.
- Mauss, M. (1950). *Sociologie et Anthropologie*. Paris: PUF.
- One Health Institute. (2019). *What we've found*. Recuperado de: <https://ohi.vetmed.ucdavis.edu/>
- Patel, R. (2010). *Obesos y famélicos*. Buenos Aires: Editorial Marea.
- Scaletta, C. (2017). *La recaída neoliberal*. Buenos Aires: Capital Intelectual. Recuperado de: <https://bit.ly/30Ncd4I>.
- Standing, G. (2011). *The Precariat. The New Dangerous Class*. New York: Bloomsbury Academic.
- Swinburn, B. A.; Kraak, V. I.; Allender, S.; Atkins, V. J.; Baker, P. I.; Bogard, J. R.; et al. (2019). The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change. The Lancet Commission report. *The Lancet*, v. 393, n. 10173, p. 791-846. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32822-8.

¿Cómo interpelar la historia de la salud y la enfermedad? ¿Desde dónde hacerlo, cómo renovar los instrumentos para llevar a cabo esa tarea? Intentando dar respuesta a estas preguntas, una pluralidad de problemas, abordajes y opciones metodológicas convergen en este libro, apoyado por distintos proyectos e instituciones, y a través de textos muy diversos. Así, los trabajos reunidos transitan por cuestiones que se integran a cuatro grandes núcleos temáticos —*Vacunas y vacunación, Eugenesia y sexualidades, Salud de la infancia y cultura física escolar, y Salud Pública, instituciones, discursos y prácticas*— con aportes situados entre la última parte del siglo XIX hasta la historia reciente, teniendo su anclaje espacial en Argentina, Brasil, Chile, España, México y Uruguay. Esperamos que este texto, como muchos otros que se escribieron durante la pandemia, constituyan insumos para nuevas reflexiones relativas a las posibilidades de narrar aspectos de la enfermedad y la salud, inclusivos aunque excedentarios de Latinoamérica y España, donde las historias no son solo cuestiones del pasado, sino que adquieren un sentido particular en el presente. (Fragmentos de la Introducción)

Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti y María Silvia Di Liscia (Editores)

ISBN 978-987-8926-13-1



9 789878 926131



EDUNLA
COOPERATIVA