



Romero, Lucía

**Diego Armus. La ciudad impura. Salud,
tuberculosis y cultura en Buenos Aires,
1870-1950, Buenos Aires, Edhasa, 2007, 403
páginas.**



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Sin Obra Derivada 2.5
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Documento descargado de RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes de la Universidad Nacional de Quilmes

Cita recomendada:

Romero, L. (2008). *Diego Armus. La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870 - 1950 Buenos Aires, Edhasa, 2007, 403 páginas. Redes, 14(27), 219-229. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes*
<http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/509>

Puede encontrar éste y otros documentos en: <https://ridaa.unq.edu.ar>

DIEGO ARMUS

**LA CIUDAD IMPURA. SALUD, TUBERCULOSIS
Y CULTURA EN BUENOS AIRES, 1870-1950**

BUENOS AIRES, EDHASA, 2007, 403 PÁGINAS.

LUCÍA ROMERO*

En este libro, Diego Armus realiza una historia social de la tuberculosis –una de las enfermedades más cargada de significaciones sociales y culturales–, en la ciudad de Buenos Aires, entre 1870 y 1950. Analiza los modos en que la vida pública (la organización urbana, el trabajo, la cultura) y la vida privada (el ocio, la sexualidad, el cuerpo) fueron atravesadas por esta enfermedad, tanto a través de sus metáforas y discursos como mediante las políticas sanitarias efectivamente implementadas, colocando a la tuberculosis “en una trama de problemas que excede lo específicamente biomédico y sanitario”.

En este sentido, esta no es solo meramente una historia sobre la tisis en un tiempo y un lugar particular, sino también sobre los orígenes y el desarrollo del Buenos Aires moderno, en el contexto de la consolidación del Estado nacional: las nuevas necesidades sanitarias, educativas y de infraestructura urbana que emergieron a la luz de la explosión demográfica y de las olas inmigratorias, el surgimiento de una cultura de la higiene colectiva e individual impulsada por el Estado, la cuestión de la identidad nacional y su construcción sobre la base de la mezcla racial, el problema de la vivienda, entre otros.

A su vez, en el cruce entre estas dos narrativas históricas, de la ciudad y la enfermedad, Armus plantea una manera de abordar las relaciones entre historia, salud y enfermedad, que toma elementos de tres tendencias historiográficas contemporáneas vinculadas a tales temas: la historia sociocultural de la enfermedad –coloca la atención en las representaciones sociales, la institucionalización de las prácticas de atención y control médico-social–; la “nueva” historia de la medicina –busca contextualizar, en términos sociales, políticos, culturales y cientí-

* Becaria ANPCYT, Proyecto PICT N° 13435. Correo electrónico: <luromero19@gmail.com>.

ficos, la historia natural de una patología–; y de la salud pública –preocupada por el rol del Estado y de la profesión médica en la constitución de las políticas, estructuras y organizaciones asistenciales y de gestión de enfermedades.

Escrito dentro del género del ensayo histórico, *La ciudad impura* cumple pero al mismo tiempo excede los criterios que definen un texto académico, tales como las marcas de las citas de autoridad y notas al pie de página, el modo en que cada referencia se encuentra detalladamente documentada sobre la base de diferentes tipos de fuentes y el intertexto establecido con la historia sociocultural de la enfermedad, de la medicina y de la salud pública. Con una amplia y variada apoyatura empírica, basada, por ejemplo, en textos literarios y estadísticas, historia oral y revistas médicas, documentos oficiales y diarios de tirada masiva, avisos publicitarios y letras de tango, ensayos sociológicos y prensa obrera, historias clínicas y autobiográficas, este libro logra hacer confluír y jugar distintos tipos de relatos y perspectivas sobre la irrupción y el devenir de la tuberculosis en la vida social y cultural de la ciudad de Buenos Aires.

Este relato no se ordena según una clásica periodización histórica y, en cambio, lo hace a partir de un conjunto de nudos problemáticos: las dimensiones sociales e individuales, públicas y privadas, en las cuales irrumpió la enfermedad. Estas son el ordenamiento y la higiene urbana, el cuerpo y la salud del niño, la feminización de la enfermedad, la cuestión de la raza nacional, la cultura de los “excesos”, la educación de la higiene, la tuberculosis como problema público, los saberes médicos y profanos, y el estatuto de los enfermos. En el interior de estos nueve nudos problemáticos, que son los capítulos en que se divide este libro, la narración sigue una sucesión temporal cronológica que destaca los aspectos de continuidad y ruptura de esta historia.

En el capítulo 1, se indaga el lugar que ocupó la enfermedad en la organización urbana que, en el último tercio del siglo XIX, se imaginaba irrumpiría con el Buenos Aires moderno. Recoge para ello un conjunto de discursos plasmados en textos periódicos y en ensayos académicos, que circularon en la ciudad durante el entresiglo, y que reunían una serie de visiones e ideas acerca del planeamiento y el porvenir de la metrópoli moderna. Parcialmente articulados bajo el género de la utopía

urbana, estos discursos versaban principalmente sobre la cuestión de la higiene, del aire “puro” y los espacios “verdes” y su administración y gestión en los diferentes intersticios de la ciudad: el barrio, la casa, la escuela y la fábrica. Asociados a estos problemas urbanos emergentes, la tuberculosis aparecía en un lugar central: era la epidemia que amenazaba el crecimiento y la evolución futura de una ciudad limpia y ordenada, como entonces se la proyectaba.

Los ideales de la vivienda y el barrio higiénicos, particularmente en los sectores populares, estuvieron presentes entre 1870 y 1940: desde los primeros discursos y proclamas de erradicar o transformar e higienizar el conventillo, hasta las propuestas de instalar grandes edificios colectivos y los llamados barrios-parque, que no llegaron a efectivizarse. La tuberculosis fue uno de los temas que estas visiones urbanísticas hallaban como problemáticos y al mismo tiempo uno de los blancos que pretendían combatir.

En el capítulo 2, se pregunta por las relaciones entre las miradas en torno al cultivo del cuerpo sano, la educación física (dentro y fuera del contexto escolar), la vida deportiva y las modalidades de prevención de la enfermedad, y cómo estas, a su vez, se ubicaron en el marco de la más amplia preocupación por la conformación de una raza nacional fuerte y saludable.

Estas miradas y discursos sobre el fortalecimiento del cuerpo fueron impulsados por parte de distintos actores: políticos, educadores, médicos y ensayistas. Tales discursos apuntaron al estado de salud de los hombres y también a la particularidad de la situación de la mujer y los niños. En el primero de estos dos casos, la intensificación del ejercicio físico, recién efectivizada entrado el siglo XX, se vinculaba no solo con garantizar mujeres libres de tisis sino con reforzar el ideal de mujer “madre”, fuerte y saludable. En el segundo caso, la infancia era representada como la etapa más temprana desde la que se podía comenzar a luchar contra el contagio de la enfermedad y, junto a ello, forjar una generación de futuros jóvenes y adultos sanos.

En ambos casos, estas visiones y discursos no solo ocuparon espacios en revistas de divulgación como *Viva Cien Años* o en *La Doble Cruz*, revista de difusión de la Liga Argentina contra la Tuberculosis, sino también legitimaron la creación de instituciones orientadas a intervenir y producir conocimiento

sobre la infancia: la conformación de la Cátedra de Clínica de Pediatría y Puericultura, que surgió en reemplazo de la Cátedra de Clínica Pediátrica de la Facultad de Medicina, en 1919; y otras, vinculadas a tareas de contención y asistencia estatal, como el Patronato y Asistencia de la Infancia, fundado en 1892, los dispensarios de lactantes, las instituciones de puericultura, las visitadoras de higiene y nodrizas, la “colocación familiar del recién nacido” y las “colonias y escuelas para niños débiles” –cuyos objetivos fueron no solo prevenir y controlar niños tuberculosos sino socializar desde la educación formal e informal, la disciplina y el esparcimiento planificado.

En el capítulo 3, se abordan las imágenes y metáforas sobre la enfermedad en femenino, es decir, lo que el autor llama el proceso de “feminización” de la tuberculosis. Este es interpretado como producto de la proliferación de imaginarios culturales que circularon por distintos géneros –desde revistas médicas y ensayos sociológicos, hasta obras de teatro, cine, novelas y letras de tango– y no, en cambio, con la realidad de una enfermedad que afectaba a hombres y mujeres por igual.

En las narrativas porteñas que circularon, entre fines del siglo XIX y principios del XX, Armus registra tres tipos de mujeres enfermas: la “tísica enferma de pasión” que, una vez entrado el siglo XX, quedó asociada a la neurastenia y, a partir de allí, se psicologizó; la “trabajadora que se enferma debido a las condiciones laborales” y, por último, la “muchacha de barrio” que cae en la subcultura nocturna y promiscua de la ciudad (“la costurerita que dio el mal paso”, “la milonguita”).

En el capítulo 4, se analiza cómo la tuberculosis atravesó la discusión acerca de la cuestión de la mezcla racial, “la raza nacional”, en el marco de las primeras y segundas olas inmigratorias y en el de la recepción y resignificación local del positivismo, tanto en el pensamiento político como en el científico y ensayístico. Ello ocurrió en dos registros diferentes: por un lado, prevalecieron los temas sobre la mezcla racial, las inmigraciones y la construcción de la “raza nacional” y, por otro lado, los tópicos referidos a los grupos étnicos que se consideraban más proclives a contraer la enfermedad.

Las explicaciones sobre las causas de contagio de la enfermedad, basadas en elementos tales como la herencia, la raza y las costumbres higiénicas y morales, no dominaron solo ni

principalmente el mundo de la cultura literaria o artística sino que también estuvieron presentes en el mundo científico. Si bien el descubrimiento del bacilo de Koch, en 1882, dio lugar a explicar la enfermedad como consecuencia de la actuación de este microorganismo y, entenderla entonces como una de tipo infecciosa, esta concepción no fue inmediatamente adoptada por la comunidad médica local. Muchas tesis doctorales de medicina seguían explicando la tuberculosis, incluso hasta las primeras dos décadas del siglo XX, como resultado de factores hereditarios (sea para el efectivo contagio o como parte de la predisposición para este). Esto indicaba la débil estabilización y aceptación, en este espacio científico local, del nuevo paradigma de la bacteriología, al menos en el marco de la investigación científica sobre esta enfermedad y, a la vez, evidenciaba la fuerte influencia que habían ejercido ciertas corrientes del pensamiento racial (de corte biologista y otra con un matiz más culturalista) positivista en la ciencia argentina.

Dado que la comprensión y descripción cabal de la enfermedad (su etiología) y su control se caracterizaron por una prolongada incertidumbre, la tuberculosis fue utilizada para fundamentar visiones y discursos sobre cuáles eran los inmigrantes más aptos, según razas y etnias, para poblar la ciudad (la tuberculosis de los españoles, la cuestión de los judíos, las comunidades aborígenes).

En el capítulo 5, se abordan las visiones y los discursos que asociaban la enfermedad con los patrones de consumo, culturales e individuales, propios de un estilo de vida caracterizado por los “excesos” en diferentes ámbitos: la alimentación, el ejercicio físico, el hacinamiento habitacional, el trabajo, la bebida y la sexualidad. Estos últimos cuatro fueron asociados, mayormente, a las causas sociales y morales de la disposición al contagio de la enfermedad y merecieron, por eso, una especial atención por parte de médicos higienistas, ensayistas, reformadores, políticos y periodistas. Así, la tuberculosis, al mismo tiempo que ejemplificaba estilos de vida perniciosos para la moral media, era utilizada para legitimar discursos sobre los buenos usos y costumbres sociales.

En el capítulo 6, en el marco del temor y la obsesión del contagio de la enfermedad, se analizan los diferentes dispositivos creados y difundidos por parte de educadores, políticos, ensayis-

tas, periodistas y burócratas, para prevenir, combatir e informar sobre la tuberculosis y los temas centrales a los cuales dichos dispositivos apuntaban a transformar y disciplinar: los hábitos higiénicos personales, en el hogar y en ámbitos públicos.

El valor por la cultura individual y colectiva de la higiene, su difusión y puesta en práctica en la esfera privada y pública, ganó espacio en la ciudad en el último tercio del siglo XIX. Esto se logró a través de la penetración de dos dispositivos, el catálogo de conductas higiénicas y el código higiénico antituberculoso, en diversas instituciones sociales tales como el hospital público, la escuela, el hogar y el taller-fábrica. Desde el comienzo de la prédica contra la enfermedad, la escuela fue un lugar considerado estratégico para transmitir y difundir dicho código, tomando a la niñez como el primer escalafón de la sociedad desde el cual impulsar la educación sobre la epidemia. Para ampliar la cruzada contra la enfermedad y poder acceder al resto de la esfera pública y del ámbito privado de la vida hogareña, se utilizaron recursos tales como los manuales de higiene hogareña, folletos de divulgación, películas y programas de radio, conferencias, afiches callejeros y leyes. Los temas que tuvieron más presencia fueron: la guerra contra el “esputo y el polvo”, la vestimenta femenina (el corsé) y la sexualidad.

En el capítulo 7, se analiza la “lucha antituberculosa” en el marco de la transformación, consolidación y propagación de la enfermedad como “problema público”. Desde el último tercio del siglo XIX, la tuberculosis ocupó un lugar relevante entre las preocupaciones estatales que destacaban los asuntos de la educación de la higiene, el ambiente urbano y la asistencia estatal “en el marco más general de una imprecisa ideología de lo público que desde la cima del Estado se proponía definir los rasgos dominantes de la sociedad argentina”. Esta “ideología de lo público” apuntó a posicionar al Estado como el actor de mayor y más importante injerencia en los procesos de diagnóstico y solución de los problemas sociales, laborales y de salud de la población. Se apuntaba a anular la acción de otros actores, provenientes de la filantropía y la caridad privada y religiosa, que históricamente habían formulado los términos de tales problemas y los de su resolución. La creciente consolidación de esta “ideología de lo público” significó el establecimiento de una agenda pública estatal que ordenó y priorizó los temas

problemáticos sobre los cuales actuar. Allí, la tuberculosis ocupó un lugar de suma importancia.

La enfermedad comenzó a constituirse como un problema público a partir de las últimas tres décadas del siglo XIX y hasta la apertura democrática en 1912, años en que fue posible la creación de una burocracia médico-administrativa abocada a la enfermedad. Desde el Departamento Nacional de Higiene, creado en 1880, y desde la Asistencia Pública Municipal, creada en 1883, grupos de médicos higienistas, en su nuevo rol de técnicos, impulsaban la idea de crear una comisión específica para luchar contra la tuberculosis. Eran médicos que a su actividad profesional privada le sumaban la vocación de servicio público y social.

Durante la primera década del siglo XX se crearon instituciones tales como el Hospital Tornú en Buenos Aires y el Sanatorio Santa María en las sierras de la provincia de Córdoba, ambos específicamente abocados al diagnóstico, tratamiento y atención de enfermos tísicos. En 1901 se creó la Liga Argentina contra la Tuberculosis y a partir de 1910 se abrieron consultorios externos dependientes del Hospital Tornú y dispensarios barriales. En la década de 1920, la Asistencia Pública Municipal ya contaba con una sección específica: la Dirección de la Lucha Antituberculosa Municipal.

En la misma época, emergió la tisiología como especialidad médica: en 1918 se creó la Asociación de Médicos del Hospital Tornú que en 1925 fue aceptada, por parte de la Asociación Médica Argentina, como Sociedad Argentina de Tisiología. Asimismo, en el ámbito universitario, en la Facultad de Medicina se creó, a principios de la década de 1940, la cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis.

El tema de la tuberculosis no estuvo ausente del ámbito parlamentario pero fue subsumido en otros temas más generales: la lucha antiepidémica, la vivienda popular, la jornada laboral de ocho horas, entre otros.

Durante la década de 1930, el Estado siguió consolidándose como árbitro privilegiado en la cuestión social y, con él, el rol de la burocracia médico-administrativa. En estos años se subrayó la necesidad de una dirección centralizada a nivel nacional en la lucha contra la enfermedad: en 1935, se desarrolló una cruzada nacional contra la enfermedad, impulsada por la Liga

Argentina contra la Tuberculosis, apoyada en la generación y difusión del “código higiénico antituberculoso” y se aprobaron una serie de leyes destinadas a impulsar la ampliación del Hospital Tornú en Buenos Aires y, la construcción, en distintos lugares del territorio nacional, de hospitales suburbanos y sanatorios en el interior del país. También se sancionó la ley de subvención estatal a la Liga Argentina contra la Tuberculosis para crear el Instituto de la Tuberculosis y la ley que creaba la Comisión Nacional contra la Tuberculosis, en 1938.

Durante la época del gobierno peronista, se retomaron muchas de las iniciativas en materia de salud pública en el combate contra la enfermedad: el *Plan analítico de salud pública*, de 1947, explicitaba la necesidad de llegar a las regiones del interior del país menos equipadas de dispensarios, hospitales y sanatorios. Esto se materializó en la extensión de la red de servicios de atención hospitalaria en las regiones del interior, la que encontró sus límites con el Segundo Plan Quinquenal de 1952.

En el capítulo 8, se aborda la creciente y lenta medicalización de la enfermedad, entre 1870 y 1940, es decir, el modo en que el saber médico diplomado y certificado, en competencia con los conocimientos profanos de charlatanes, herboristas y curanderos y con las prácticas que estos legitimaban, logró un monopolio (aunque no total) sobre el diagnóstico, la atención y el tratamiento de la enfermedad. Este proceso se estabilizó a fines de 1940 y principios de 1950, con la llegada de los antibióticos y con la institucionalización de la red asistencial público estatal conformada alrededor del dispensario barrial, la figura de “la visitadora” y el hospital.

Entre 1870 y 1940, la falta de una terapia eficaz y de un diagnóstico certero, así como la lenta incorporación de la bacteriología moderna en la comunidad médica local que investigaba sobre esta enfermedad, fueron condición de posibilidad para que el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad fueran manejados no solo ni principalmente por la medicina institucionalizada. El cuidado doméstico, la medicina hogareña, los medicamentos de venta libre (tónicos fortalecedores, reconstituyentes y brebajes de aceites) y las consultas con curanderos convivían con la atención en ámbitos institucionalizados de salud, tales como dispensarios barriales y hospitales.

En el capítulo 9, en el contexto de la creciente medicalización de la enfermedad, a lo largo de la primera mitad del siglo XX, se tematizan el pasaje del estatuto de “enfermo” al de “paciente”, su estigmatización, las relaciones asimétricas de poder real y simbólico establecidas entre este y los profesionales de la salud (médicos y enfermeros) y los diferentes tipos de estrategias, individuales y colectivas, de adaptación, resistencia y protesta, que los pacientes adoptaron en el marco de tales relaciones. En el ámbito hospitalario y en el sanatorio de internación, esta variedad de estrategias, recogidas y difundidas ampliamente por la prensa, se hicieron sentir con mucha fuerza: las más frecuentes tuvieron que ver con la cuestión de la alimentación, el orden y el derecho a acceder o a rechazar ciertos tratamientos.

En particular, el “suero Villar”, durante 1901, y la “vacuna Pueyo”, durante las décadas de 1930 y de 1940, ambos producidos en Buenos Aires, fueron tema de titulares en diarios y revistas de consumo masivo y motivo de demandas de pacientes interesados en tener acceso a tratamientos descalificados por los círculos profesionales debidamente acreditados: el *establishment* médico. El caso “Pueyo” fue el que tuvo más repercusión y duración en la escena pública (a través de *Crítica* y *Ahora*) y llegó a movilizar tanto a autoridades gubernamentales, políticas y científicas como a los enfermos. Esto sucedió en el contexto de un derrotero biomédico internacional incierto sobre una cura eficaz para la enfermedad, signado, desde principios del siglo XX por numerosos intentos por obtener una vacuna antituberculosa (la de Vallé, de Noguchi, de Löffler, de Friedmann), hasta la estabilización y aceptación de la eficacia de la vacuna BCG bien entrada la década de 1940. Esta incertidumbre terapéutica sobre la cura de la enfermedad propició que los enfermos desplegaran estrategias de aceptación de tratamientos, sin importar su legitimidad científica sino solo valorando su eficacia y resultados concretos.

Sin embargo, Armus sostiene y muestra que dicha incertidumbre “científica” no podía pensarse como el único o principal factor que explicaba la proliferación de demandas, por parte de los enfermos, de acceso a tratamientos no certificados por la medicina oficialmente acreditada. El surgimiento y crecimiento de tales demandas fueron expresión de “una trama de proble-

mas sociales y culturales que excedía las cuestiones de eficacia o inocuidad de los sueros, medicamentos o vacunas, tal como eran percibidas por el saber, discursos y prácticas médicas”.

En suma, esta historia nos muestra en detalle cómo las imputaciones causales de la enfermedad excedieron a la bacteriología, las modalidades para su control y erradicación desbordaron al ámbito médico-sanitario y la cruzada contra la tuberculosis sirvió, durante estas ocho décadas, para impulsar cruzadas de distinta índole de ingeniería social: la lucha por la integración y la construcción de la identidad nacional, sobre la base de la educación y la moral familiar, la demarcación de las conductas sociales normales y desviadas, los grupos sociales más asociados a unas y otras, la construcción social de la mujer y de la niñez y los límites del conocimiento científico para ser el único o principal dispositivo para delimitar y construir concepciones sobre la enfermedad. Aún después de la aceptación consensuada de la BCG, y del consecuente control del contagio de la enfermedad, la tuberculosis siguió siendo asociada a múltiples significantes que excedieron las imágenes biológicas y médicas.

Por último, nos interesa realizar un conjunto de señalamientos y dejar planteadas una serie de preguntas sobre el objeto de este libro y la modalidad en que fue construido.

En perspectiva con los estudios socioculturales de la enfermedad, esta historia analiza cómo la ciencia, las representaciones sociales, la cultura popular, la ciudad, el Estado, las políticas de salud, el género y la infancia fueron atravesados y modificados por la tuberculosis y, a la vez, como aquellos configuraron a esta en términos simbólicos y prácticos.

Así, el objeto de esta investigación, el cruce realizado entre la tuberculosis y esta diversidad de temas y esferas sociales, se ha construido sobre la base de extender la enfermedad hacia esta multiplicidad de esferas, estableciendo un diálogo implícito y tangencial con sus respectivos campos de conocimiento: la historia/sociología de la ciencia, los estudios culturales, el urbanismo, entre otros.

Esta modalidad de construcción del objeto creemos representa una apuesta intelectual multi o interdisciplinaria, propia de la historia sociocultural de la enfermedad y que, a contramano de las tendencias científico académicas de las ciencias socia-

les (y de las ciencias en general) actuales, caracterizadas por una fuerte división del trabajo en términos de campos de saber especializado, tiene la riqueza de contener esta amplitud de dimensiones y perspectivas pero a la vez, y por eso mismo, no llega a profundizar en cada una de estas.

Esta reflexión se conecta con nuestro interrogante acerca de los usos de esta historia y de sus posibles lectores e interlocutores, más allá de los que se insertan en el campo de estudio de la historia sociocultural de la enfermedad. ¿Cómo esta historia puede ser leída y utilizada por parte de un especialista de un campo de saber tal como aquel perteneciente al urbanismo, los estudios culturales, la historia de la ciencia, entre otros? ¿Cómo se recorta la unidad o parcialidad significativa del objeto según la mirada de los distintos especialistas?