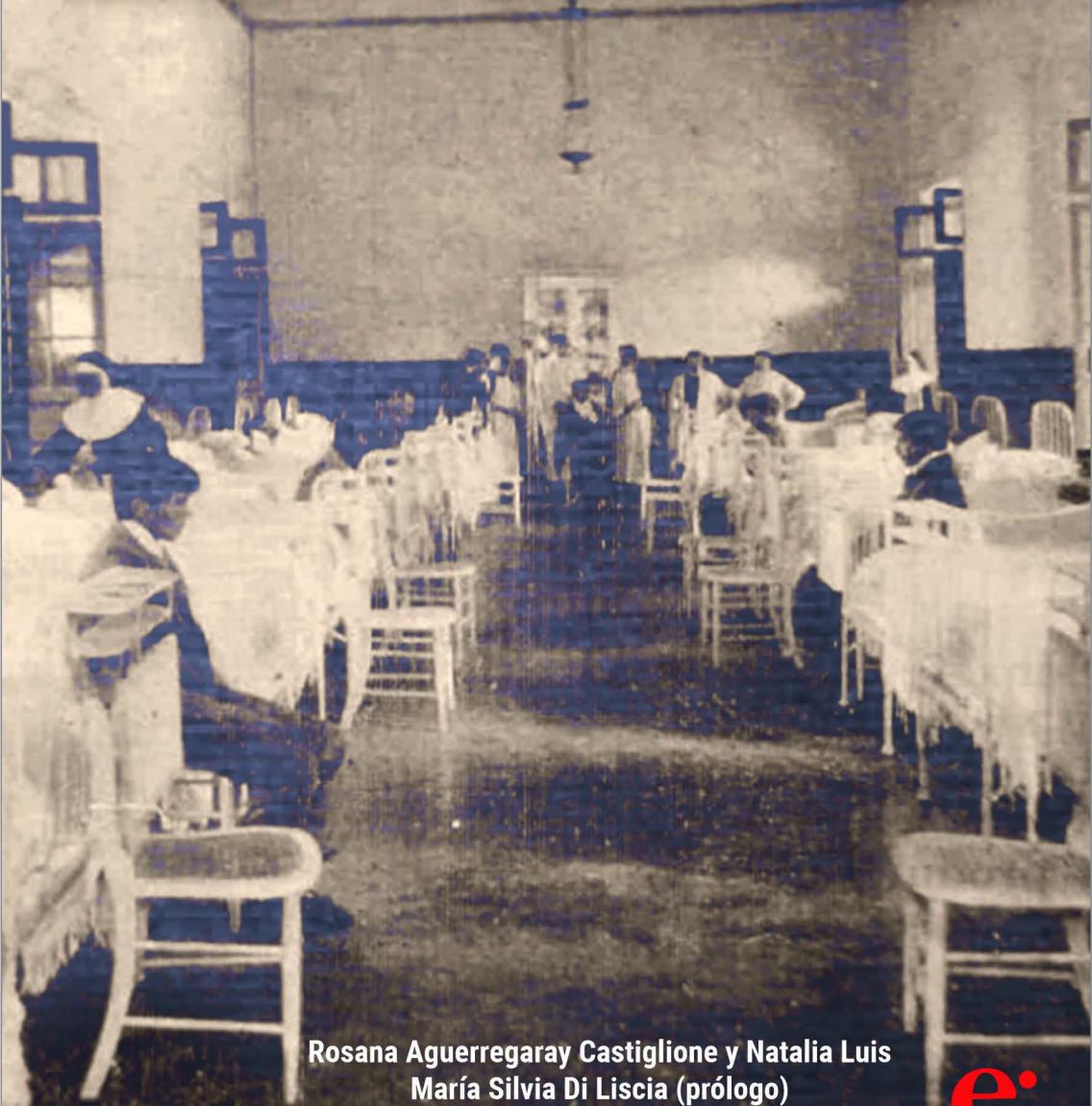


EN TIEMPOS DE EPIDEMIAS: salud y servicios sanitarios.

Mendoza, fines del siglo XIX y principios del XX



**Rosana Aguerregaray Castiglione y Natalia Luis
María Silvia Di Liscia (prólogo)**

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS · UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



EN TIEMPOS DE EPIDEMIAS: salud y servicios sanitarios.
Mendoza, fines del siglo XIX y principios del XX



Autoridades
Universidad Nacional de Cuyo

RECTORA
Cdora. Esther Sanchez

VICERRECTOR
Mgtr. Gabriel Alejandro Fidel

Facultad de Filosofía y Letras

DECANO
Dr. Víctor Gustavo Zonana

VICEDECANA
Prof. Mgtr. Viviana Ceverino



Rosana Aguerregaray Castiglione y Natalia Luis
María Silvia Di Liscia (prólogo)

EN TIEMPOS DE EPIDEMIAS:
salud y servicios sanitarios.
Mendoza, fines del siglo XIX y principios del XX



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FACULTAD DE
FILOSOFÍA Y LETRAS

edifyl

Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo

Mendoza, Argentina. <https://ffyl.uncuyo.edu.ar/edifyl>

Centro Universitario - Mendoza (5500) - Casilla de Correo 345 – Provincia de Mendoza

Imagen de tapa: Fotografía de la sala N° 2 del Hospital San Antonio (principios del siglo XX) (Gobierno de Mendoza. Álbum Argentino Gloriantus. Provincia de Mendoza, su vida, su trabajo, su progreso. 1909)

Aguerregaray Castiglione, Rosana

En tiempos de epidemias : salud y servicios sanitarios : Mendoza, fines del siglo XIX y principios del XX / Rosana Aguerregaray Castiglione ; Natalia Luis. - 1a ed - Mendoza : Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional de Cuyo, 2024.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-950-774-433-4

1. Enfermedades. 2. Salud. 3. Mendoza. I. Luis, Natalia II. Título

CDD 362.982



Se permite la reproducción de los textos siempre y cuando se cite la fuente. Esta obra está bajo una Licencia Atribución-NoComercial-CompartirIgual 2.5 Argentina (CC BY-NC-SA 2.5 AR). Usted es libre de: copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; adaptar, transformar y construir a partir del material citando la fuente. Bajo los siguientes términos: Atribución —debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. NoComercial —no puede hacer uso del material con propósitos comerciales. CompartirIgual — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original. No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/ar/>

Este material se publica a través del SID (Sistema Integrado de Documentación), que constituye el repositorio digital de la Universidad Nacional de Cuyo (Mendoza): <http://bdigital.uncu.edu.ar>.

Nuestro repositorio digital institucional forma parte del SNRD (Sistema Nacional de Repositorios Digitales) <http://repositorios.mincyt.gob.ar/>, enmarcado en la leyes argentinas: Ley N° 25.467, Ley N° 26.899, Resolución N° 253 del 27 de diciembre de 2002 de la entonces SECRETARÍA DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN PRODUCTIVA, Resoluciones del MINISTERIO DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN PRODUCTIVA N° 545 del 10 de septiembre del 2008, N° 469 del 17 de mayo de 2011, N° 622 del 14 de septiembre de 2010 y N° 438 del 29 de junio de 2010, que en conjunto establecen y regulan el acceso abierto (libre y gratuito) a la literatura científica, fomentando su libre disponibilidad en Internet y permitiendo a cualquier usuario su lectura, descarga, copia, impresión, distribución u otro uso legal de la misma, sin barrera financiera [de cualquier tipo]. De la misma manera, los editores no tendrán derecho a cobrar por la distribución del material. La única restricción sobre la distribución y reproducción es dar al autor el control moral sobre la integridad de su trabajo y el derecho a ser adecuadamente reconocido y citado.

Índice

Dedicatorias y agradecimientos.....	9
Prólogo.....	11
Introducción	15
Capítulo 1. La provincia de Mendoza a fines del siglo XIX y principios del XX: sanidad, enfermedades y formas de habitar el espacio	27
1. El estado sanitario y las políticas implementadas entre fines del siglo XIX y principios del XX	27
2. Los modos de habitar el espacio.....	46
2.1. La gran catástrofe: el terremoto y la reconstrucción de la antigua ciudad colonial.....	46
2.2. La población y sus viviendas	50
Capítulo 2. Los servicios sanitarios: agua potable y red cloacal.	55
1. Las primeras obras de la red sanitaria.....	55
2. La administración de los servicios	64
3. La extensión de los servicios en las primeras décadas del siglo XX	66
3.1. Las leyes sobre extensión de los servicios en Capital.....	69
3.1.1. El nuevo convenio de provisión de agua potable (1927).....	76
3.2. La extensión del servicio de agua potable a los departamentos	84

Capítulo 3. Los brotes epidémicos. Representaciones, discursos y prácticas profilácticas93

- 1. Noción de peligro: los “culpables” de las enfermedades..... 96
 - 1.1. “A quien le venga el sayo...”: discursos de la élite durante la epidemia de cólera (1886-1887)..... 98
 - 1.2. “La difteria... el cuco de las gentes timoratas” (1891-1895)..... 107
 - 1.3. La reincidente viruela y el recurso a la vacunación (1899, 1905 y 1911) 118
 - 1.4. “Grippe” para ricos y pobres (1918-1923) 124
 - 1.5. Desplazamiento del discurso de la élite durante la “peste blanca” (1920-1926) 128

Capítulo 4. Asistencia sanitaria y profesionalización de la salud133

- 1. Hospitales y centros asistenciales de la provincia 133
- 2. La reforma de la Ley Sanitaria Provincial: la regulación de las actividades curativas (1927) 157

Consideraciones finales166

Referencias bibliográficas171

Repositorios consultados y fuentes.....177

- Archivo legislativo (Cámara de Diputados de la provincia de Mendoza y Biblioteca de la Legislatura)..... 177
- Periódicos 177
- Revistas 180
- Biblioteca Pública General San Martín-Autores Locales (BAL) 180
- Archivo Histórico de Mendoza (AHM)..... 181

Dirección General de Estadísticas de Mendoza (DGEM)	181
Archivo de la empresa Aguas y Saneamientos de Mendoza (AYSAM).....	181
Biblioteca de la Municipalidad de la Capital de Mendoza.....	181
Archivo de Agua y Saneamientos de Mendoza (AYSAM)	181
Otros Documentos oficiales	182
Las autoras.....	183

Dedicatorias y agradecimientos

Queremos agradecer a Silvia Cirvini, por guiarnos en la etapa de nuestra formación inicial, y en especial a Eugenia Molina, por su dedicación, cariño, paciencia y compromiso durante toda la etapa de formación doctoral.

Además, a nuestros amigos y compañeros de equipo: Cecilia Raffa, Isabel Durá, Natalia Daldi, Cecilia Desimone, Matías Esteves, Lorena Manzini, Luciana Silvestri, Verónica Cremaschi, Pablo Bianchi, Laura Copia y Paula Martedí, por hacer más amenos los últimos meses de escritura y corrección del libro. Asimismo, a Celia García por su infinita generosidad.

Queremos agradecer de manera particular a Silvia Di Liscia, por dedicarle tiempo a la lectura de nuestro libro y escribir el prólogo.

A Patricia Barrios, por su generosidad de siempre y por ayudarnos en la gestión editorial. También, a los evaluadores quienes hicieron sugerencias para mejorar el escrito.

Asimismo, al CONICET y la FAD, UNCUYO que nos dio la posibilidad y el sustento económico para continuar investigando.

Agradecemos a Ricardo Cohn, por la digitalización de los mapas, a Silvia Storoni por las correcciones formales del escrito. Además, al personal de trabajo de cada uno de los organismos y archivos a los cuales asistimos: Biblioteca General San Martín (Chicha, Martín, Juan), Archivo de Aguas Mendocinas (Alejandra Guinle, Rosita Nieto), Dirección General de Estadísticas de Mendoza (Alicia), Archivo de la Legislatura de Mendoza (Samuel), Biblioteca de la Legislatura y Archivo General de la Provincia (Mirta y Alicia).

De manera personal agradezco:

A mi familia: Ignacio, Fausto y Fidel.

A mis papás Rosana y Oscar; y a mis hermanos Julieta y Juan Ignacio, a quienes también dedico este escrito. Además, a mis cuñados y sobrinas Juan, Daniela, Lola, Antonia, Indiana y Libertad.

También, a mi compañera y colega de aventuras Verónica Cremaschi.

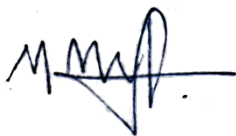


Por mi parte, dedico este libro a Dios, por darme la vida, y un gran amor por la investigación histórica.

A mi familia. A mi esposo Javier y a mis hermosos hijos Rocío, Pilar, Ángeles, Carolina y Sebastián.

Asimismo, a mi mamá Gloria, a mi hermana Gaby, y a mis suegros Estela y Andrés, a quienes también dedico este escrito.

A mi gran amiga, Eliana Fucili, con la que no solo comparto la pasión por investigar, sino un sinnúmero de alegrías y luchas diarias.



Prólogo

María Silvia Di Liscia

Universidad Nacional de La Pampa-Argentina

Universidad Nacional de Educación a Distancia-España

La decisión de hacer llegar a los lectores *En tiempos de epidemias* tiene un especial valor en épocas contemporáneas y postpandémicas. Pasados apenas unos meses de la irrupción de un virus con su correlato de cuarentenas, aislamiento y vacunación, podemos interpretar con mayor justeza hacia atrás. Y así, visualizar empáticamente a la población mendocina, que periódicamente atravesaba las erupciones de la escarlatina y el sarampión, las fiebres y gripes invernales o diarreas estivales y que veía desplegarse ante sus ojos con desesperación y sin posibilidad de remedio alguno la difteria y el cólera, anunciados con vómitos y evacuaciones, las pústulas variolosas, la tuberculosis o la sífilis, en ese largo rosario de padecimientos. Muchas de las infecciones descritas por Rosana Aguerregaray y Natalia Luis en esta obra ya no son tan frecuentes en el presente, gracias en parte a la vacunación, a las obras sanitarias o la inmunidad de decenas de años. Pero por entonces sembraban con la muerte y la incapacidad a adultos y niños, en lo que llamamos, técnicamente, la etapa demográfica pretransicional o la transicional incompleta y parcial.

El relato que nos presentan estas dos investigadoras anuda con información certera e impresionante registro archivístico la historia social y política de Mendoza. Desde mediados del Siglo XIX hasta finales de los años Treinta del Siglo XX, la constante aparición de epidemias en el escenario sobre todo urbano definió los rasgos iniciales del sistema de salud en una pujante provincia argentina de la región cuyana, una zona semiárida donde el desierto pugna por asomar y limita los bordes verdes de ciudades y pueblos. Es la tierra de los viñedos y del sol, donde

los ríos que bajan de las montañas riegan las fértiles tierras para el cultivo de frutales y olivares.

Y es también el espacio elegido para hilar la urbanización y sus sucesivas modificaciones, producto de catástrofes únicas, como el terremoto sucedido en Mendoza en 1861, o de la instalación de inquilinatos y viviendas precarias, en un crecimiento imparable y similar a la de otras de Argentina (y del mundo occidental). La urbe que se construye a posteriori, sin embargo, revela la persistencia del insalubre “pueblo viejo”, con calles plagadas de detritus, donde las moscas y ratas comparten con familias hacinadas en precarias casillas. Y ese contraste es notable en pos de la construcción posterior al cismo de una ciudad higiénica, con aireados parques y calles limpias, edificios y palacetes al estilo europeo.

La existencia de “dos ciudades” en una no es casual porque la salud urbana está intrínsecamente unida a las políticas gubernamentales y a las capacidades de decisión de un conjunto profesional. Los expertos, detectados en Mendoza en la figura de higienistas de renombre nacional y repercusión internacional, emergen como recursos necesarios para dar forma a la modernidad en su más amplio sentido: la civilización higiénica. La guerra entonces a la enfermedad y la muerte se traduce primero en el impacto de la ingeniería urbana, con la difícil y onerosa construcción de cloacas y el esfuerzo de llevar el agua potable a la población. Es curioso sin embargo que en la mayor institución sanitaria de entonces, el Consejo de Higiene, se codearan no sólo médicos, sino químicos, veterinarios, abogados y otros. En esa particularidad, es claro que la modificación citadina debe no sólo a la decisión de los facultativos de la medicina sino de muchos otros notables, no sólo profesionales.

Más adelante, la labor médica se implicaría con la social en la apertura de los centros de atención de salud, definidos bajo una nueva ética hospitalaria como “modernos”. Atrás quedan las menciones a miasmas y la labor de los religiosos, relegados en Mendoza, como en otros puntos de la nación argentina, de los

cementerios y los registros estadísticos, progresivamente públicos y laicos. Los palacios de la higiene, acompañados por modernos y equipados laboratorios, dibujan en las expectativas de los especialistas la exultante posibilidad de extirpar las epidemias, de borrar de cuajo las marcas de lo que son también resabios de la tradición.

Sin embargo, el texto de Aguerregaray y Luis recuerda al mismo tiempo que la expansión del brazo sanitario público no es igualitario sino que se bifurca en dos: entre los sectores populares, la intervención estatal y autoritaria para sanear, vacunar, fumigar y reclamar aislamiento, determinando los contagios como responsabilidad social. Por otro, el silencio recoleto frente a las acciones individuales de los más encumbrados, para quienes salud pública no es sinónimo de intervención o control.

Con un elaborado y potente aparato erudito, que no vacila en interrogar a fuentes periodísticas u oficiales, este rico aporte también dispone de una completa estadística médica para observar el devenir de las epidemias en el entresiglo y seguir de esa manera la evolución demográfica tanto como los discursos sociales de las élites preocupadas por regular, vigilar y también, higienizar a la población. Un criterio sin duda vertical, que evitaba y se oponía a las decisiones de las mayorías, y actuaba sin consultar a los menos pudientes, pero que las élites de entonces evidenciaban como el más eficaz para hacer frente a las epidemias.

Enraizado en la nueva historia social de la salud y la enfermedad, *En tiempos de epidemias* es capaz de abrir la mirada sobre la provincia más importante de entonces en la Cordillera de los Andes, con información valiosa y con teorías prestas a ser contrastadas. Su narración es sin duda valedera para permitirnos la comparación con otras realidades similares, como ejercicio histórico siempre necesario sobre la variabilidad de las experiencias históricas frente a las epidemias de ayer y de hoy.

Julio 2022

Introducción

El contexto de postpandemia de COVID-19 nos invita a mirar históricamente el estado sanitario de la provincia durante los siglos pasados. Así, surgen los siguientes interrogantes sobre algunas cuestiones relacionadas con el siglo XIX y XX, por ejemplo: ¿cuáles fueron las epidemias que azotaron a la población mendocina durante ese período? ¿Cómo fueron las medidas establecidas por la clase dirigente para paliar estas pestes? ¿Cómo se conformó el campo de la medicina? ¿Cómo fue la profesionalización de los actores del campo de la salud? ¿Cómo se regularon las actividades curativas? ¿Cuáles fueron los servicios básicos con los que contaba la población? ¿Tenían agua potable y cloacas para mantener una correcta higiene personal y colectiva? ¿Cómo fue el sistema de extensión de estos servicios?

A partir de estos interrogantes y apoyándonos en las investigaciones previas realizadas por las autoras¹, el objetivo del presente libro es analizar el estado sanitario de Mendoza hacia fines del siglo XIX y principios XX. Se indagará en las epidemias que diezmaron a la población durante este período y en las diversas estrategias empleadas por el Estado para combatir las pestes. En esa etapa los dirigentes propiciaron diferentes obras de infraestructura destinadas a mejorar el sistema sanitario, a través de la extensión de los servicios

¹ Este trabajo deriva de las investigaciones realizadas por las autoras, Dra. Rosana Aguerregaray y Dra. Natalia Luis en sus tesis doctorales, denominadas: "Representaciones y prácticas de la muerte de la élite mendocina: proyectos disciplinadores y modalidades de secularización (1887-1935)" y "La alpargata en el espacio público. Los efectos de la política leninista en el espacio público mendocino (1918-1928)", ambas realizadas en Facultad de Filosofía y Letras, UNCUYO, en el marco de las becas financiadas por el CONICET. Además, se han publicado diversos artículos en revistas científicas por las mencionadas autoras que muestran resultados parciales sobre la temática.

básicos, como fueron la red de agua potable y la red cloacal, tanto en viviendas particulares como en edificios públicos. Asimismo, se crearon hospitales públicos, además de especializarse para atender a las diferentes enfermedades, tanto en la ciudad de Mendoza como en los departamentos. Se regularon las actividades curativas y se le otorgó mayor relevancia al personal de salud con título universitario, iniciando de este modo un proceso de profesionalización del campo de salud.

El recorte temporal se justifica debido a que a fines del siglo XIX y principios del XX se consolidó el “estado moderno” como tal, con división de poderes, con un modelo agroexportador y economías regionales. Además, se produjo la llegada del ferrocarril, las inmigraciones europeas e internas y la consecuente extensión de la urbanización. Esto trajo aparejados avances, pero también ciertos retrocesos. Un ejemplo de ello, es que el primer caso registrado de cólera en la epidemia del verano de 1886 y 1887 se produjo en un conventillo, lo que puso de manifiesto el hacinamiento, la falta de servicios y las condiciones en que vivían ciertos sectores de la población mendocina. Las pestes que azotaban a la provincia, al igual que al resto del país, requirieron de un esfuerzo por parte de los gobernantes para paliar dicha situación, ya que provocaban un gran impacto a nivel social, económico y demográfico. En este sentido, se buscó extender los servicios sanitarios, para que una mayor cantidad de personas pudieran acceder al agua potable y a la red cloacal. De esta manera, se pretendía que las acequias no fueran utilizadas, al mismo tiempo, para beber agua y desechar los residuos. Asimismo, se intentó regular el ejercicio de la medicina, la farmacéutica y obstetricia.

Para realizar este trabajo se consultó un *corpus* documental que se encuentra en diversos repositorios de la provincia: Archivo General de la Provincia de Mendoza (en adelante AGPM), Biblioteca y Archivo de la Legislatura Provincial (BLP), Biblioteca Pública General San Martín (BPGSM), Archivo de Agua y Saneamientos de Mendoza (AYSAM), Dirección General de Estadísticas de Mendoza (DGEM). Los documentos fueron

relevados de forma sistemática. El *corpus* está integrado por notas de periódicos locales, documentación gráfica y fotografías, diarios de sesiones legislativas y normativas del Poder Legislativo, documentos oficiales editados por el Poder Ejecutivo; y anuarios estadísticos. Se considera que el cruce de estas fuentes heterogéneas nos permite abordar el objeto de estudio desde una visión integral.

El estudio de la problemática sanitaria y de la escasez de servicios de salubridad ha estado entre los intereses prioritarios de los investigadores. Particularmente, la temática de la salud y la enfermedad ha comenzado a tener un lugar destacado en las últimas décadas a nivel nacional (Armus, 2000a). Estos han sido renovados a través de tres enfoques historiográficos: la “nueva historia de la medicina”, la “historia de la salud pública” y la “historia sociocultural de la enfermedad”. El primero buscó tensionar la historia biológica de una dolencia con el contexto social, político y económico en el cual, determinados médicos, instituciones y tratamientos, “triunfaron” y ocuparon un lugar, mientras que otros quedaron en el olvido. El segundo enfoque se centró en las políticas de salud vinculadas al poder, la política, el Estado y la profesión médica, enfatizando en la salud a nivel colectivo, en las políticas implementadas y en las acciones dirigidas a combatir los padecimientos, focalizándose en los momentos en los que el Estado o determinados grupos impulsaron estas propuestas. El último hizo hincapié en diversas variables socioculturales de las patologías, como metáforas y asociaciones, procesos de profesionalización, transformaciones en la medicina, instituciones y prácticas de asistencia, disciplinamiento y control social, función del Estado en la edificación de la infraestructura sanitaria, condiciones de vida y de trabajo de la población, y sus efectos en la mortalidad y morbilidad (Armus, 2000b, 2002).

En esta línea se encuentran los trabajos realizados por Diego Armus (2000b, 2002, 2007), Adrián Carbonetti (2007a, 2007b, 2011, 2012), Adriana Álvarez (2004, 2007, 2012, 2018), Di Liscia (2000, 2017, 2020) y Fiquepron (2013, 2017, 2020). El primero de los autores, desde un enfoque historiográfico proveniente del

campo de la historia de la salud y de la enfermedad, refirió cómo a fines del siglo XIX y comienzos del XX las enfermedades devinieron en un problema social y se consideró necesario tratar de evitarlas mediante políticas públicas, y mostró que la higiene habría adquirido un rol fundamental tanto en sus “contenidos preventivos como disciplinadores” (Armus, 2000b: 511). Asimismo, abordó el tema de la tuberculosis en el marco de la ciudad y la “modernidad progresista”, que tuvo lugar en la provincia de Buenos Aires durante 1870 y 1950. Según Armus, esta enfermedad estuvo cargada de diversos significados que iban más allá de cuestiones patológicas y, de este modo, se creó toda una subcultura compuesta de diversas asociaciones, metáforas e imágenes vinculadas en algunas ocasiones a determinados tipos de mujeres (trabajadora, neurasténica) o “razas”. De este modo, fue más allá de lo biomédico e intentó colocar a dicha patología en una trama de problemas sociales, culturales, científicos, políticos, entendiendo la enfermedad no solo como un virus o bacteria sino como un dispositivo para desarrollar y legitimar políticas públicas, justificar la creación y el empleo de ciertas tecnologías e instituciones, canalizar ansiedades sociales, sancionar valores morales y culturales, y estructurar la relación entre enfermo y servicio de atención (Armus, 2007).

Por su parte, Adrián Carbonetti (2007a, 2007b), desde un enfoque histórico-demográfico, indagó en diversas enfermedades endémicas, como la tuberculosis y el cólera, desarrolladas en diferentes regiones del país, y en especial, en la provincia de Córdoba durante un lapso que abarcó desde fines del siglo XIX hasta mediados del XX. El autor analizó por medio de la prensa cómo las epidemias de cólera fueron catalizadores de conflictos y de tensiones entre los diversos grupos sociales que buscaban combatirla, considerando que ello trajo aparejado por parte del Estado e instituciones médicas una preocupación por los problemas de salud que luego derivaron en una cuestión social. Por otro lado, el autor (2011) indagó, desde una metodología cuantitativa, el impacto que tuvo la tuberculosis sobre la mortalidad durante el mencionado período y abordó

esto en términos de clases sociales, medidas implementadas para combatirla y visión que tenía la sociedad sobre dicha dolencia y los enfermos. También estudió (2012) el papel que ocupó la patología en la transición epidemiológica y analizó las tasas de mortalidad en general, centrándose en las variables de edad y sexo, y en la evolución de las diferentes regiones del país.

En la misma línea de análisis, los trabajos realizados por Adriana Álvarez (2004) abordaron el desarrollo de los controles y medidas preventivas que se establecieron en el puerto de Buenos Aires a fines del siglo XIX como consecuencia del azote de las enfermedades infectocontagiosas provenientes del exterior. Para ello, se centró en los lazaretos y en el rol que cumplieron, asimismo, su ubicación, sus tipologías (“fijos” o “flotantes”), sus transformaciones, sus orígenes, sosteniendo que la aparición de estos espacios se inscribió en un conjunto de disposiciones profilácticas, basadas en el vínculo entre las medidas de saneamiento y desinfección planteadas por la higiene clásica y los avances en materia microbiológica a partir del surgimiento de las vacunas y sueros; cuestiones que parecían dar respuestas a todos los problemas sanitarios que atravesaba el país. También se ocupó de los episodios coléricos, en relación con dos categorías espaciales: las “epidemias de foco” y “extendidas” y las medidas que se implementaron para combatirla en las distintas provincias (2012). Analizó por medio de la biografía de tres destacados médicos el universo higienista de la ciudad de Buenos Aires del siglo XIX, el cual logró instalarse en el campo del poder y en la sociedad (2007). Según la autora, esta corriente consideró a la ciudad como un ámbito peligroso, ya que favorecía al desarrollo de enfermedades y al desorden, y a partir de ello, intentó introducir un nuevo orden que buscó afianzar la medicalización de las instituciones, mediante la organización y reformulación de los hospitales. De esta manera, se destaca el reciente libro que ha coordinado la escritora (2018), que reúne diversos trabajos sobre la historia de la salud que visibilizan las diversas líneas de investigación y temáticas, y los diferentes repositorios documentales que es posible consultar.

Por su parte, Di Liscia (2000) analizó cómo a fines del siglo XIX el Estado comenzó a implementar una serie de políticas sanitarias en vinculación con el “campo científico” y le otorgó a la figura del médico un lugar destacado, reafirmando su poder como experto, a diferencia del curandero, a quien lo colocó en un rol de ignorante, vinculado al saber popular. Consideró que estos profesionales tuvieron que legitimar su autoridad en la sociedad, vinculándose con las diferentes instituciones estatales y estableciendo al mismo tiempo, de forma fehaciente, una capacidad superior para resolver problemas de salud urgentes, tal como fueron las epidemias. Además, analizó la formación de burocracias estatales en Argentina entre fines del siglo XIX y el XX (Di Liscia y Soprano, 2017). En trabajos más recientes junto a Adriana Álvarez (2020), se centraron en analizar la acción de la Cruz Roja Argentina.

De este modo, Figuepron (2020) estudió las diferentes epidemias que azotaron a la provincia de Buenos Aires a fines del siglo XIX y principios del XX. Dio cuenta de cómo estas constituyeron crisis en las cuales se fue produciendo una institucionalización del Estado en diversos ámbitos, ya sea a través de nuevas legislaciones sancionadas, o de dependencias estatales y burocracias nacidas para combatir las crisis sanitarias. Además, se centró en las continuidades y alteraciones que las pestes provocaron en los ritos funerarios (2013, 2017).

Otros autores han investigado la profesionalización de la salud y el surgimiento de las actividades curativas como profesión. Entre ellos, se destacan Biernat, Cerdá y Ramacciotti (2015), quienes trabajaron los vínculos entre la profesión médica, la política y la gestión pública, y reconstruyeron los primeros pasos de la historia de la enfermería como profesión. De esta manera, Biernat y Ramacciotti (2017) analizaron la conformación de la burocracia médica, considerada como un proceso lento y fragmentado, condicionado por el recambio de las autoridades y la reconfiguración de las agencias estatales. Además, los artículos del *dossier* coordinado por Ramacciotti (2019) dieron cuenta de las características de los espacios formativos de la enfermería desde las últimas décadas del siglo XIX hasta los años

ochenta del siglo XX y señalaron las similitudes, pero también las diferencias que se produjeron entre las distintas realidades provinciales.

Entre los trabajos que analizan específicamente la extensión de los servicios de agua potable y de la red cloacal durante ese lapso temporal, se destaca el aporte de Regalsky (2010), quien profundizó sobre la formación de Obras Sanitarias de la Nación (OSN) y analizó el pasaje de la institución, de un organismo ocupado de lo local (saneamiento de la ciudad de Buenos Aires) a otro de alcance nacional, y su transformación en un ente autárquico dentro del área del Ministerio de Obras Públicas. Además, estudió los sucesivos planes de obras desde 1900 a 1930 y explicó que, si bien en un principio dichas obras estuvieron centradas en la megalópolis porteña, hubo un relanzamiento a gran escala a partir de la década de 1930, y fueron entonces dirigidas a todos los pueblos y ciudades de provincias y territorios que la repartición definiera como prioritarios (Regalsky, 2010). Regalsky y Lanciotti (2014) reconstruyeron la trayectoria de los sistemas de aguas corrientes en Argentina desde fines del siglo XIX hasta su nacionalización en la segunda posguerra y compararon los modelos de gestión público y privado, y analizaron las estrategias de inversión y los estilos de financiamiento implementados por la Dirección General de Obras de Salubridad (luego reorganizada como empresa pública: "Obras Sanitarias de la Nación") en la ciudad de Buenos Aires, y por las empresas británicas The Rosario Waterworks Co. y The Rosario Drainage Co. en Rosario. Por su parte, Beatriz Solveira (2014) analizó las dificultades que enfrentó la ciudad de Córdoba en su intento por establecer los servicios de aguas corrientes y de saneamiento, y las polémicas suscitadas en torno a las modalidades de gestión. Por otro lado, Tobías (2019) indagó el origen y desarrollo de las lógicas que orientaron y determinaron las formas de expansión del servicio de agua potable, y el modo en que la figura de los ingenieros —en cuanto "expertos del agua"— ocupó un lugar central en este proceso de consolidación. La autora reconstruyó las características que primaron en la expansión del servicio, a

partir de los análisis de los planes y las obras desarrollados en los distintos momentos de la prestación, y mediante entrevistas realizadas a expertos del sector. Concluyó que, a pesar de los cambios identificados, hay varios aspectos del paradigma de la misión hidráulica que aún persisten, y esto se explica, en gran medida, por la primacía de la mirada ingenieril dentro del sector.

Por su parte, Argañaraz (2021) examinó una serie de actores que él considera fundamentales para entender el tipo de mundo-territorio que se estaba construyendo en la Catamarca de finales del siglo XIX y principios del XX. Además, analizó las redes de relaciones materiales y discursivas que jugaron un papel en la construcción del agua, ya sea como un “servicio” público en el ámbito urbano o como un “recurso” económico en el ámbito rural para el suministro de agua en esa provincia. Finalmente, se puede mencionar el trabajo de Suárez, quien, haciendo hincapié en los documentos históricos para abordar el agua en Santa Fe, dio cuenta de cómo el agua “en sus múltiples formatos y soportes fue protagonista de la historia”, y señaló la importancia de dar a conocer que “la forma en que el acceso en cantidad y calidad al agua condicionan la vida de las personas y genera desigualdades” (Suárez, 2021: 10-11).

En relación con los estudios realizados en Mendoza sobre el estado sanitario destacan los aportes de Cirvini (1989) y Ponte (1999). La primera autora explicó las características del ambiente urbano y habitacional de la provincia entre fines del siglo XIX y principios del XX, indicando cómo influyó el movimiento higienista en los proyectos e implementación de políticas para ejercer el control social y espacial de la ciudad. Por su parte, Ponte (1999) ha descrito el modo en que el problema de salubridad hizo crisis primero con la epidemia de cólera del verano entre 1886 y 1887, y luego en 1895, lo que incitó a dar soluciones a los técnicos y profesionales, quienes aconsejaron la realización de las hoy llamadas obras de infraestructura. Por otro lado, se encuentra el aporte de Hualde de Pérez Guilhou, Peretti, y Peretti (1986) en el cual abordan la lucha contra la tuberculosis en la provincia, centrados en el papel que cumplió la Liga Argentina contra la tuberculosis, división Mendoza. Otros

trabajos más recientes son los de las autoras Aguerregaray (2016) y Luis (2019). En el caso de la primera, abordó las representaciones y las prácticas de la muerte de la élite mendocina entre 1887 y 1935, haciendo hincapié en los proyectos disciplinadores durante los períodos de epidemias; mientras que Luis indagó en las medidas propuestas e implementadas por los dirigentes lenicistas para mejorar el estado sanitario provincial. En la misma línea, Luis y Aguerregaray (2020) abordaron la expansión y profesionalización del sistema de salud a fines del siglo XIX y principios del XX, centrados en las modificaciones producidas a nivel discursivo, que tuvieron su correlato en la aplicación de medidas sanitarias.

Por su parte, Luis y Cirvini (2021) analizaron la formulación de políticas públicas de salubridad en Mendoza durante el período de gobernaciones lenicistas y estudiaron particularmente el caso del proyecto de construcción de un hospital pediátrico, ideado por el arquitecto Raúl Álvarez en 1927, propuesto como respuesta a la expansión de enfermedades con elevado índice de mortalidad infantil. Por otro lado, Hirschegger (2016, 2018, 2019) y Raffa (2020) se centraron en las políticas públicas implementadas en el campo de la salud durante el período conservador. La primera autora estudió la creación de la Escuela Mixta de Enfermeros en 1942, como parte de los proyectos destinados a otorgarle mayor grado profesional al sistema sanitario durante el neoconservadurismo en Mendoza (1932-1943). Además indagó sobre el sistema sanitario mendocino en ese período haciendo hincapié en las iniciativas que, si bien se efectivizaron durante las décadas de 1940 y 1950, tuvieron su antecedente en el período neoconservador. Por otro lado, analizó la acción del Estado en materia de salud pública durante el primer peronismo e incursionó sobre algunos factores que condicionaron el éxito o el fracaso de dichas políticas a nivel provincial. Por su parte, Raffa (2020) analizó las políticas de intervención social del Estado, centrados en la construcción del Gran Policlínico Central.

En relación con los estudios que tratan sobre la extensión de los servicios de agua potable y de la red cloacal en Mendoza, se pueden mencionar los aportes de Cirvini y Ponte (1998), quienes analizaron la importancia de las acequias y las obras hidráulicas, y se ocuparon de las primeras obras de provisión de agua potable. En la misma tónica, Raffa (2007) indagó sobre las condiciones sanitarias de la ciudad a fines del siglo XIX, centrados en las obras de salubridad implementadas durante la intendencia de Luis Lagomaggiore. Por su parte, Ponte (1987) desde la perspectiva de la historia cultural y de la historia urbana narró la historia de Mendoza a partir del estudio del espacio y se refirió a las propuestas y a las primeras ejecuciones de obras de saneamiento en la capital. Además, analizó cómo el sistema hídrico impuso sus condiciones y sus consecuencias sobre la forma y la estructura urbana, describió las primeras obras de la red de agua potable (Ponte, 2006).

Richard Jorba (2011), por su parte, estudió las condiciones de vida y salud de los sectores populares durante el período leninista y mencionó las gestiones provinciales ante el gobierno nacional para que OSN ampliara la red de agua potable y construyera la red cloacal en Mendoza, pero no desarrolla en profundidad la temática. Luis (2020) indagó en la extensión de estos servicios durante el mismo período, haciendo hincapié en la gestión provincial. Además, Luis y Raffa (2022) abordaron las relaciones nación-provincia a través de la labor de OSN en Mendoza (1918-1928). Por último, Luis y Aguerregaray (2022) analizaron las políticas públicas en torno al agua potable y el desagüe cloacal en la ciudad de Mendoza entre fines del siglo XIX y durante las primeras décadas del siglo XX a partir del análisis de las variables de segregación y de accesibilidad.

El libro está estructurado en cuatro capítulos. En el primero, abordamos el estado sanitario de Mendoza a fines del siglo XIX y principios del XX, con descripción de las principales enfermedades que afectaron a la población y su impacto en la tasa de mortalidad. También nos centramos en la situación particular que vivió la provincia en 1861, se hace referencia específica al terremoto que, junto con otros padecimientos,

provocó graves consecuencias sanitarias. En esta línea, analizamos los modos en que la sociedad habitó el espacio.

El segundo capítulo trata sobre los servicios de agua potable y de red cloacal en la provincia, básicos para mantener un adecuado estado sanitario. A fines del siglo XIX la población se proveía mayormente del agua de las acequias para consumo humano, que estaban contaminadas debido a que cumplían, al mismo tiempo, la función de riego y de eliminación de desechos, con la consecuente transmisión de enfermedades. Por lo tanto, daremos cuenta de que desde el Estado se ejecutaron, tanto en la ciudad como en los departamentos, obras para mejorar el estado de salubridad de la sociedad.

En el tercer capítulo, analizamos las principales epidemias que azotaron a la población y las medidas sanitarias establecidas por los dirigentes para paliar dichas enfermedades. Estas apuntaban, especialmente, a los sectores populares, ya que eran considerados los culpables, en un primer momento, por sus conductas “indeseadas” y luego por un sistema laboral y económico deficiente.

El cuarto capítulo versa sobre la profesionalización del campo de la salud. Indagamos en la estructura del sistema sanitario, la creación de nosocomios y organismos, tales como la Dirección de Salubridad y el Consejo Consultivo de Higiene, y las normativas que regularon las actividades curativas y a los profesionales de la salud.

Mendoza, Julio 2022

Capítulo 1

La provincia de Mendoza a fines del siglo XIX y principios del XX:
sanidad, enfermedades y formas de habitar el espacio

Mendoza, devastada por terribles epidemias, [presentaba] un promedio de morbilidad que no tiene igual en las capitales más populosas, con una despoblación alarmante [...]. De nada sirve la riqueza y el grandioso porvenir de un país, si por los hechos éste se ha transformado en una inmensa necrópolis (Coni, 1897: 530).

1. El estado sanitario y las políticas implementadas entre fines del siglo XIX y principios del XX

Hacia fines del siglo XIX e inicios del XX, las enfermedades infectocontagiosas devinieron en un problema social. Por ello, comenzó a considerárselas un asunto sobre el cual el Estado debía intervenir, y una necesidad primordial el tratar de evitarlas por medio de políticas públicas. De este modo, la higiene adquirió un rol fundamental, tanto en sus “contenidos preventivos como disciplinadores” (Armus, 2000b: 507-552). En Argentina, a nivel nacional y provincial se convocó a médicos higienistas para que realizaran informes dedicados a estudiar las

causas de las enfermedades y a proponer medidas preventivas con el fin de mejorar la infraestructura.

El higienismo fue un movimiento de reforma sanitaria y social que comenzó en Europa en las primeras décadas del siglo XIX, el cual tenía como objetivo prioritario la preservación de la salud pública a través de medidas de orden médico y fundamentalmente sanitario. Dentro de esas pautas estaban el estudio y seguimiento de las enfermedades epidémicas, la vacunación y el control de las cuarentenas, y relacionado particularmente con el ámbito de lo urbano, el abastecimiento de agua potable, el alcantarillado, la inspección de mataderos y mercados, el control sanitario de las viviendas y la difusión del verde urbano (Paiva y Silvestri, 2004:153-160).

Las tareas sanitarias que se llevaron a cabo en las principales ciudades del país a fines del siglo XIX y comienzos del XX estuvieron centradas en la provisión de agua potable y la eliminación de desechos; la especificación y ampliación de las normativas de control de las industrias. Además del alejamiento del centro urbano y la reglamentación de espacios calificados como peligrosos, como los cementerios y mataderos, así como la delineación de calles y la creación de espacios verdes, fue fundamental en Mendoza extender el servicio de agua potable. Esto se debió a que las acequias (imagen 1, página siguiente), características de la ciudad, se utilizaban simultáneamente para la provisión de líquido y el desagüe, además generaban una considerable contaminación en las mismas y constituían una fuente de propagación de enfermedades.

La provincia andina, al igual que otras ciudades del país, fue un ámbito propicio para el desarrollo de numerosas enfermedades epidémicas (cólera, difteria, escarlatina, gripe, tuberculosis, entre otras), y muchos casos de afecciones originadas en las deficiencias sanitarias, como la gastroenteritis. Esta situación crítica estaba relacionada con el acentuado crecimiento demográfico y urbanístico producido desde 1885, a partir de la instalación y el desarrollo del ferrocarril y la llegada de la inmigración. En ese momento, la ciudad carecía de los medios

materiales necesarios para garantizar un entorno sanitario adecuado. Esto provocó los “primeros desajustes de un ambiente urbano cada vez más vulnerable donde las epidemias no distinguían entre ricos y pobres” (Cirvini, 1989: 108).



Imagen 1. Fotografía de la calle San Nicolás (actual Av. San Martín) con sus acequias (Álbum de fotografía de Crhistiano Juniors, 1880c. Archivo General de la Provincia de Mendoza)

Ante el deficiente estado sanitario, tanto desde la esfera gubernamental nacional como provincial, se implementaron distintas políticas preventivo-sanitarias. Más allá del tinte político, los gobernantes de la época consideraban necesaria una reorganización social que permitiera combatir las constantes epidemias que diezmaban a la población y los males que afligían a la ciudad moderna. En un principio, por medio de la higiene social y luego, de la salud pública, se buscó dar a la élite un entorno urbano seguro y controlable, y alejar a ciertos sectores del peligro de contagio e incluirlos al mundo social moderno como trabajadores respetables y eficientes (Armus, 2000).

En Mendoza, luego de la epidemia de cólera del verano de 1886 y 1887², se dieron una serie de modificaciones en el ambiente urbano que buscaron mejorar la calidad de vida a través de la aplicación de una serie de normas y estrategias planificadas (basadas en la prevención y la vigilancia) y de la inversión en obras sanitarias. Entre estas, la ampliación del servicio de agua potable, el control sobre los establecimientos públicos (matadero, mercado, casa de baños públicos, cementerio, entre otros), la construcción de un lazareto para aislamiento de los infectocontagiosos y la obligatoriedad de la vacunación antivariólica (1889) (Cirvini, 1989: 127-128). Sin embargo, continuó la falta de ornato y de limpieza en algunos establecimientos considerados “peligrosos”. A modo de ejemplo, se puede citar la descripción sobre el estado en que se encontraba el cementerio de la Capital por ese entonces (Memoria Municipal de la Ciudad de Mendoza de 1868-1886, 1887: 201), en donde se afirmaba que su “situación y condiciones no pueden ser más desfavorables. Su clausura y su instalación en lugar más apropiado, se impone pues (sic)” (Coni, 1897: 332)³.

² En Mendoza, a causa de la epidemia de cólera que afectó la ciudad entre noviembre de 1866 y marzo de 1867, se formó la Comisión de Higiene. Puiggari, Ramos Mejía, Nyströmer, Rawson, Wilde y Coni fueron algunos de los profesionales que publicaron una serie de escritos sobre higiene en general (Wilde, 1885) y sobre casos específicos de aplicación (Rawson, 1884). José Salas publicó en 1889 *Breves Consideraciones Higiénicas sobre la Ciudad de Mendoza*, libro que muestra la visión higienista finisecular (al menos una versión de ella) sobre Mendoza y los mendocinos, luego de su paso como “Inspector de muertos” en la gestión municipal de Luis Lagomaggiore (1884-1888) (Raffa, 2007: 176).

³ El hecho de traer a un destacado facultativo a nivel nacional constituyó una estrategia más de la élite mendocina para modernizar la estructura sanitaria. Emilio Coni realizó un estudio de las condiciones higiénicas en la que se encontraba la ciudad, dentro del cual se destacó la concreción de un “censo habitacional” y se analizaron las condiciones en que vivían los sujetos en los conventillos, lo que da cuenta de la activación de un nuevo dispositivo de control y vigilancia sobre estos espacios y sus residentes. El censo como instrumento de un sistema estadístico le permitió al Estado en formación definir matrices mentales y discursivas para construir una imagen determinada de la población (Otero, 1998: 124), además, de orientar las políticas públicas y sociales para ser aplicadas sobre los grupos de riesgo (*Ibid.*, 2011: 23). Este instrumento medía y clasificaba a la población y, en este caso específico, los espacios habitacionales de los sujetos, basado en variables de análisis

También un artículo del Diario *Los Andes* se manifestaba en este sentido y sostenía que las personas que concurrieron al cementerio “cargada[s] de flores, se había[n] derramado por sus calles sucias, mal niveladas, cubiertas [...] de polvo, que se levantaba en ondas caprichosas, sofocándola, cubriéndose de tierra” (*Los Andes*, 3/11/1892).

En la provincia fue el médico higienista Emilio Coni⁴ quien realizó el informe más completo acerca de la salubridad pública. Fue contratado por el gobierno provincial para encontrar una solución a la problemática sanitaria que atravesaba Mendoza. Coni analizó la situación a partir del censo de 1895 y resaltó que las causas de las enfermedades que aquejaban a la población eran exógenas: las construcciones de adobe, la acumulación de toneladas de basura, el sistema de recolección de residuos y la falta de control sanitario en la expedición de carnes para el consumo. Propuso entonces una serie de medidas higiénicas que fueron acatadas por los dirigentes provinciales y municipales para incrementar la salubridad de la población.

En esa época, el organismo encargado de regular e implementar medidas sanitarias era el Consejo Provincial de Higiene, creado

construidos de acuerdo con la ideología del momento, y en busca de la homogeneización de las estructuras sociales para garantizar la gobernabilidad (*Ibid.*, 1997/1998: 147-148). De este modo, por medio de la estadística fue posible conocer las fuerzas y los recursos que caracterizaban a un Estado, es decir, que se constituyó en un aparato del saber para el ejercicio propio del poder (Foucault, 2006: 320).

⁴ Emilio Coni (Corrientes, 1854-Buenos Aires, 1928) fue médico graduado en la Facultad de Ciencias Médicas. Se destacó en el campo de higiene de fines del siglo XIX, fue uno de los representantes de la higiene social junto con José María Ramos Mejía y Guillermo Rawson. Desempeñó varios cargos, entre ellos, profesor de parteras y jefe de clínica quirúrgica del Hospital General de Hombres, fundador y director de la inspección médica e higiénica de las escuelas públicas de Catedral Sur y San Telmo. Además, creó la oficina estadística municipal de Buenos Aires y dirigió la revista *Los Anales de Higiene Pública*. En 1892 fue director de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de Buenos Aires y de la primera maternidad municipal del hospital San Roque y del primer asilo nocturno municipal. También fue fundador del Patronato de la infancia y asistencia a la Infancia y dirigió los dispensarios de la Liga Argentina contra la tuberculosis. Por último, cabe mencionar que tuvo una gran preocupación por las personas de bajos recursos. (*Cfr.* Álvarez, 2007: 8-9).

en 1891. Posteriormente, en 1897, se estableció la Dirección Provincial de Salubridad, dirigida por el mencionado Emilio Coni. Si bien esta dependencia fue anulada durante algunos años, en los que se reinstaló el Consejo Provincial de Higiene; en 1907, el gobernador Emilio Civit puso nuevamente en vigencia la Ley Provincial 34 y reinstaló en forma permanente la Dirección General de Salubridad⁵. Esta institución se ocupaba de todo lo relativo a la higiene y salud pública, a la inspección y vigilancia de las aguas, a la vacunación antivariólica, a la profilaxis de enfermedades infectocontagiosas, epidemias, epizootias y epifitas. Además, debía encargarse de los nosocomios y del transporte de infectocontagiosos, la desinfección de cementerios y la inspección de las inhumaciones. Asimismo, podía dictar disposiciones de carácter general y local que tendrían carácter de ley, siempre que las circunstancias lo requirieran, como en el caso de las pestes (Ley 34 de 1897)⁶.

A pesar de los esfuerzos por mejorar el estado sanitario de Mendoza, continuaron una sucesión de epidemias. Según Emilio Coni (1897), se registró en los meses de mayo a agosto de 1889 con mayor intensidad la viruela, mientras que durante los meses del invierno (marzo a agosto) de 1890 a 1895 hubo índices más elevados de defunciones a causa de la difteria que afectó principalmente a la población infantil. A su vez, en este último año, también hizo su aparición la escarlatina. El médico Julio Lemos⁷ mencionaba lo siguiente con respecto a la mortalidad de

⁵ Desde principios del siglo XX hasta 1934 la dirección dependió del Ministerio de Industrias y Obras Públicas. Luego, pasa a depender del Ministerio de Gobierno y Asistencia Social (Raffa, 2020).

⁶ Para ampliar información consultar: Aguerregaray, 2016: 72.

⁷ Julio Lemos, nació el 20 de marzo de 1862. Fue médico, higienista y bacteriólogo, miembro de la Comisión Oficial y administrador del Lazareto durante el desarrollo del cólera (Céspedes, 1938: 212). Desde 1890 hasta 1892 se desempeñó en el consultorio municipal de niños y en el Consejo de Médico, y en 1895 ingresó en la Cruz Roja y se encargó de la sala de pediatría del Hospital San Antonio. También se dedicó a la investigación de temas vinculados con la bacteriología, siendo su especialidad la difteria y preparó el primer suero antidiftérico elaborado en el país (Correas, 1995: 159 y 160).

niños: “en Mendoza deberían multiplicarse los consultorios gratuitos para la infancia, pues así lo exigen dos razones tan poderosas como evidentes: la alta morbilidad y la ilegitimidad” con que las madres pobres se ocupaban de sus hijos en materia de higiene (Coni, 1897: 444).

Otras causas principales de muerte eran las vinculadas a las afecciones gastrointestinales, las que en algunos años superaron a las epidémicas. Si bien, este tipo de enfermedades no irrumpían de forma sorpresiva sobre la vida de los sujetos como lo hicieron estas últimas, estaban instaladas en la trama social. Sin embargo, “no lograban movilizar recursos materiales, profesionales o simbólicos suficientes para ser percibidas como serios problemas colectivos” (Armus, 2002: 49). De esta forma, Mendoza estaba desbastada por el azote de las enfermedades (imagen 2).

Año/ período	Principal enfermedad infectocontagiosa	N° muertes por infectocontagiosa	Porcentaje del total de muertes	N° de muertes por otras causas	Total de muertes
1886	Cólera	665c ⁸	41,92%	760c	1586
	Otras infectocontagiosas	161	10,15%		
			Total: 52,07%		
1887	Cólera	125c	12,47%	666c	1002
	Otras infectocontagiosas	211	21,05%		
			Total: 33,52%		
1888	Sarampión, tuberculosis, coqueluche, viruela	356	28,0%	915	1271
1889	Viruela	771	43,5%	1001	1772
1890	Viruela, difteria, tuberculosis, fiebre tifoidea	330	26,4%	920	1250

⁸ Circa: hace referencia a un valor aproximado por no contar con valores exactos.

1891	Difteria	504	38,9%	793	1297
1892	Difteria	442	30,7%	998	1440
1894	Difteria	325	25,1%	970	1295
1895	Difteria, escarlatina	461	30,8%	1035	1496
1899	Viruela	-	-	-	-

Imagen 2. Cuadro sobre las principales enfermedades infectocontagiosas en la ciudad de Mendoza durante el período comprendido entre 1886 y 1899. Elaboración propia basada en los datos de Coni (1897: 446-449) y notas periodísticas (*Los Andes, La Palabra, La Libertad*).

Con posterioridad al citado informe de Coni, comenzaron a tomarse medidas que fueron más sistemáticas en cuanto a la rigurosidad de su aplicación, por lo que el proyecto higienista adquirió un mayor y nuevo impulso. Se construyó el hospital provincial, la penitenciaría⁹, se reactivaron la oficina química y la dirección de estadística, y se creó la Dirección General de Salubridad, como se mencionó anteriormente.

Se sancionaron nuevas ordenanzas para la edificación de letrinas y para la regulación de la prostitución y de casas de tolerancia (1899), otras se reiteraron, como la prohibición de entierros fuera de los cementerios y las misas de cuerpo presente (1896) (Cirvini, 1989: 129). Por otra parte, también se impulsó la promoción de la higiene privada a través de la escuela y la familia (Ponte, 1999: 214); así, a través de la educación, “se confiaba el perfeccionamiento del individuo y el aumento de su rendimiento

⁹ La Penitenciaría constituía una de las instituciones básicas de control social. Durante este período se comenzaron a efectuar de manera más sistemática investigaciones, estadísticas, identificaciones, clasificaciones, categorizaciones de las patologías, se hacía una diferenciación entre los “enfermos” que debían estar en hospicios y aquellos que debían estar en las prisiones. La criminología positivista y el higienismo durante este período estuvieron estrechamente vinculados, ya que junto con otros factores dieron origen a la “institucionalización de los problemas sociales y al enfoque ‘médico’ de la política social” (Salvatore, 2011: 84). Las instituciones de control social emplearon las mismas ideas acerca de “defensa social” y “estado peligroso”, entendiéndose desde una perspectiva positivista, consideraron a la primera de estas nociones como un sistema de “defensa del estado contra sus ‘agresores’, tanto delincuentes como aquellos que desafiaban las normas” (*Ibid.*: 87).

como valor social, [...] el deber de cuidar [...] la cultura física, [...] intelectual y moral del niño” (Vallone, 2009: 92).

El sistema educativo, a principios del siglo XX, se constituyó en un dispositivo estatal que permitió transmitir aquellos saberes vinculados con la higiene hogareña, el aseo y el cuidado personal y grupal, el fortalecimiento del propio cuerpo, y la profilaxis de las enfermedades, entre otras cuestiones (Armus, 2005: 88). Se dictaron asignaturas relacionados con estos principios, tales como higiene, fisiología y medicina, ya que la salud no era una cuestión individual, sino que, por el contrario, colectiva, y era un “deber patriótico’ en tanto mantenía ‘sano’ el cuerpo de la nación” (Lionetti, 2005: 1241). El Estado avanzó de forma paulatina con el “proyecto de escolarización” de los niños y hacia la década de 1910 había proliferado, con aumento del número de alumnos y maestros en las escuelas públicas y gratuitas (Armus, 2005: 87).

La instrucción formal era entonces considerada como un vehículo indispensable para enseñar las prácticas necesarias para mejorar el estado sanitario provincial. Además, se proponía transmitir normas básicas de higiene a la población en general. Asimismo, mediante conferencias públicas, se podría enseñar a los analfabetos y demás personas que estaban excluidas del sistema educativo formal. De hecho, en la época era aún muy elevado el porcentaje de población no instruida: los analfabetos representaban el 58% de la población total en 1895. En 1909 el porcentaje se redujo al 42% y se mantuvo en ese nivel en el censo de 1914. Ese año el total de alumnos que se educaban en la instrucción primaria, tanto pública como privada, era de 30008 personas, según los datos extraídos de la Dirección General de Estadística de Mendoza (DGEM) (Provincia de Mendoza, 1916).

Hacia 1906, el Diario *Los Andes* seguía manifestando que era lamentable el estado sanitario de la provincia, ya que las enfermedades infectocontagiosas continuaban siendo endémicas y epidémicas (fiebres malignas y eruptivas, como la tifoidea, la viruela, el sarampión, la escarlatina y la tos convulsa). La población de recién nacidos y los menores de 5 años fueron

los más afectados. Esto llevó a que, entre otras medidas, se clausuraran las escuelas por “la falta de aseo de la ciudad, el descuido de la higiene pública y privada [...] y “sobre todo esto, la promiscuidad, hacinamiento e inmundicias en que vive la gente en los barrios subalternos” (Ponte, 1999: 233). Además, expresaba que tanto el organismo provincial como municipal carecía de una burocracia administrativa y profesional que pudiera articular y efectivizar las políticas públicas propuestas por Coni (*Ibid.*: 236). Sin embargo, este proyecto higienista le brindaba a la élite gobernante los argumentos necesarios para justificar las medidas empleadas tanto en el ámbito público como privado, las cuales buscaban disciplinar y controlar a la población y, de este modo,

[...] el espacio urbano se transforma en causa y efecto de un proceso más amplio de control y disciplinamiento social y político que constituía el soporte imprescindible del proyecto político del orden y el progreso en que estaba embarcada la dirigencia política mendocina (*Ibid.*).

Años después, en noviembre de 1919, los legisladores debatieron sobre el estado sanitario de Mendoza. El debate y la argumentación giraron, por un lado, en torno a la elevada tasa de mortalidad y a las posibles causas de ella. Además, se refirió a la necesidad de mejorar los servicios de salud a partir de la creación de nuevas salas de primeros auxilios, de la instalación de farmacias y mediante la aplicación de medidas profilácticas. Por otro lado, se aludió a la urgencia de desarrollar la infraestructura de servicios de agua potable y red cloacal, y se mencionó la necesidad de establecer viviendas bien construidas que garantizaran un habitar sano. Por último, los dirigentes hicieron hincapié en la importancia de transmitir las normas básicas de higiene a la población.

El ministro de Obras Públicas, Leopoldo Suárez¹⁰, en la sesión correspondiente al día 3 de noviembre de 1919 defendía la

¹⁰ Leopoldo Suárez fue un técnico de relevancia durante la gestión radical y ocupó varios cargos públicos. Fue Superintendente General de Irrigación, Ministro de

gestión gubernamental diciendo que el estado sanitario de Mendoza era bueno. Señalaba: “es de lo más satisfactorio, encontrándose la provincia en condiciones normales”¹¹ (Suárez, 1919). Suárez se refirió en relación con las enfermedades y epidemias, particularmente a la epidemia de gripe, que había causado muchas muertes, amén de las medidas profilácticas implementadas desde la Dirección General de Salubridad. Decía que el mayor problema había sido en los departamentos, debido a las malas condiciones de higiene de quienes habitaban en la campaña¹². En el debate se aludió a la situación de inferioridad de estas zonas. El Diputado Clodomiro Soto postulaba que era necesario que los poderes públicos desarrollaran una intensa acción a este respecto, para mejorar la salubridad de los departamentos (*Ibid.*: 58). Alegaba que estos carecían casi en absoluto de todo servicio sanitario, ausencia de aguas corrientes y cloacas, excepto Maipú, Luján de Cuyo y General Alvear (en donde su intendente había propiciado medidas sanitarias recientemente).

Asimismo, los dirigentes se refirieron a la necesidad de incrementar la infraestructura de servicios en la capital de la provincia, entonces, Suárez señaló que se estaba tramitando lo necesario para proceder a ejecutar. Señalaba que con ello se contribuiría en gran medida a disminuir la creciente mortalidad infantil. El diputado Eduardo Teissaire (médico, radical-lencinista) defendía la gestión gubernamental expresando:

Industrias y Obras Públicas e Interventor de la Dirección General de Escuelas. Para ampliar información consultar: Barrio y Rodríguez Vázquez, 2016.

¹¹ Mencionaba al respecto que las estadísticas de la Dirección de Salubridad arrojaban que había 2,03 enfermos al día, número que según el ministro era “verdaderamente insignificante”.

¹² Suárez alegaba al respecto que el Poder Ejecutivo estaba tratando de remediar la escasez de viviendas higiénicas para obreros y decía “en pocos días más se someterá aquí un proyecto de construcción de casas obreras, que abarcará la construcción de dichas casas en el barrio urbano de la ciudad y en los departamentos” (Suárez, 1919). Se refería en este punto al proyecto que preveía la construcción de 250 casas para obreros en la capital y en los departamentos aledaños (Luis, 2018).

La primera preocupación del gobierno al venir al poder fue este punto (la escasez de agua potable), y el relativo a las cloacas: si se establecieran estas, entonces veríamos los señores diputados cómo baja el índice de la mortalidad, porque es una cosa ya probada que en todas partes donde existen estas obras sanitarias bien hechas se nota enseguida que baja el índice de mortalidad (Teissaire, 1919).

No obstante, el diputado Clodomiro Soto argumentaba que la tasa de mortalidad era muy elevada¹³ (35 por mil, según el legislador) a comparación con otras ciudades (Capital Federal 15,08 por mil, Nueva York 15,01 por mil, Londres 13 por mil, entre otras). Según D'Angelo Rodríguez (radical-lencinista) esto hacía que Mendoza no fuera un lugar muy turístico, ya que, si bien contaba con muy buen clima y aguas termales terapéuticas, los viajeros temían por la alta mortalidad (D'Angelo Rodríguez, 1919).

Más allá del discurso, la tasa fehaciente de mortalidad del año 1919 era del 25,4 por mil habitantes. Esta cifra fue descendiendo en los años posteriores y llegó a 17,23 por mil en 1928 (Provincia de Mendoza, 1931).

Además de la importancia de implementar medidas preventivas y profilácticas, los dirigentes aludían a la necesidad de extender en la población las prácticas higiénicas. En el debate se manifestó la urgencia de instruir a la población, pues los legisladores relacionaban lo antihigiénico con la falta de educación, por ello proponían que desde el Estado se divulgaran los conocimientos necesarios. Señalaban, en este punto, que la Dirección General de Salubridad debería entonces encargarse de

¹³ Richard Jorba analiza las estadísticas sobre la mortalidad, y coincide con lo que dice Armus (2000), quien explica que en las décadas de 1870 y 1880 las tasas de mortalidad general urbanas eran muy elevadas, de hasta el 50 por mil y luego comenzaron a descender prácticamente a la mitad o menos, debido en gran medida a la disminución de la mortalidad infectocontagiosa. Richard Jorba expresa que, en Mendoza, la tasa bruta de mortalidad en la capital entre 1885 y 1895 fue del 47,5 por mil; en 1910 (total provincial) ya era del 29,4 y en 1914 llegó al 22 por mil (Richard Jorba, 2010: 275).

realizar una buena propaganda e instruir a los habitantes¹⁴ (*Ibid.*: 330). Otros argumentaban que la educación era esencial para incrementar las medidas de profilaxis en la población. Se referían específicamente a la enseñanza escolar, ya que entendían que el niño ya instruido llevaría los conocimientos a su hogar.

Si bien había cierta autonomía municipal, los asuntos sanitarios se resolvían a nivel provincial, mediante el Ministerio de Obras Públicas, que era el encargado de regular y de poner en práctica la Ley Sanitaria Provincial. El Ministerio de Gobierno había solicitado a las municipalidades que elevaran informes sobre su estado sanitario general¹⁵.

Desde fines del siglo XIX, se habían utilizado los datos estadísticos como medio para conocer la situación sanitaria y habitacional de la población, y a partir de ellos los dirigentes habían propuesto diferentes medidas de control. Se había incrementado el peso de los saberes técnicos como apoyo en la planificación de las políticas públicas relativas a la salubridad. Tal es el caso del informe de Bialek Masé¹⁶, que en 1904 dio cuenta

¹⁴ Carlos María Puebla (ministro de gobierno) explicaba que, a fin de instruir a la población, la Intendencia Municipal había pasado una circular a cada uno de los habitantes, en donde se le hacía saber el derecho a denunciar ciertas irregularidades como la venta de leche aguada, de aceite malo, pescado o carne en mal estado (*Ibid.*: 330).

¹⁵ En el municipio de capital, por ejemplo, se especificaban normas sobre la limpieza que debían tener las caballerizas, los templos, los inquilinatos, etc. Además, se especificaban normas de higiene general, tales como el establecimiento de letrinas. Preveía además el dispensario sanitario, que era el lugar encargado de la atención médica de todas las personas que estuvieran relacionadas con la salud pública. Así, esta oficina se encargaba de regular el ejercicio de la prostitución y de expedir las libretas sanitarias de cocineros, cortadores de carne, cocheros, para los cuales era indispensable la presentación de estas a fin de conseguir empleo (Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de diputados, sesión correspondiente al día 3 de noviembre de 1919).

¹⁶ En 1904 el gobierno nacional había encargado al médico, abogado e ingeniero agrónomo catalán, Juan Bialek Masé, un informe sobre el estado de la clase obrera en la Argentina. Bialek Masé viajó a todas regiones del país para constatar de primera

de las condiciones de trabajo y habitación de los trabajadores, y del informe de Coni y de otros médicos higienistas a fines del siglo XIX.

Dentro de este contexto, la prensa aludía a la necesidad de implementar medidas vinculadas a los mencionados problemas estructurales, como la higienización general de la ciudad (barrido de calles, retiro de residuos), la evaluación y la clausura de ciertos lugares considerados antihigiénicos, y la construcción de baños públicos, que eran utilizados por los sectores populares para el aseo personal. En la prensa se publicaba al respecto: “[...] el baño público es una necesidad sentida y perentoria en ciudades que, como Mendoza, acumula dentro de su perímetro masas compactas de población” (*La Palabra*, 23/09/1919). Además se manifestaba que: “La falta de baños públicos gratuitos es otro inconveniente que las autoridades municipales no se han preocupado de subsanar en lo más mínimo” (*El Socialista*, 09/02/1919).

Por otro lado, los periódicos publicaban notas relativas a ciertos edificios o inquilinatos considerados antihigiénicos:

El portón con el n.º 51 de la calle Amigorena, corresponde a un inquilinato que (...) si un inspector de salubridad o municipal se da el trabajo de entrar por el portón de referencia, podrá observar a la derecha un W.C., completamente lleno y una parte derrumbado (es el único que tiene el inquilinato para todo servicio); enfrente, unos montones de tierra donde trabajan varias lavanderas cuyas aguas servidas corren a la calle (*La Palabra*, 28/03/1919).

Asimismo, la prensa daba cuenta de las acciones llevadas a cabo por la Dirección de Salubridad. En febrero de 1920, por ejemplo, los periódicos apuntaban las medidas sanitarias implementadas:

El director de salubridad (doctor Amengual) ha enterado al primer mandatario del estado sanitario de la provincia. Informó al gobernador que ha dividido la ciudad en zonas, para en caso

mano la realidad de los trabajadores. Fruto de su investigación escribió un extenso trabajo titulado “Informe sobre el Estado de las Clases Obreras Argentinas”.

de ser necesario poder establecer cordones sanitarios eficaces. Respecto de las casas de inquilinato, desagües, pesebreras, en fin, de todo aquello que pueda ser fácil portador de epidemias o foco de infección, se ocupa preferentemente el doctor Amengual, que espera colocar a la ciudad en primer término en cuanto a la salubridad se refiere (*La Palabra*, 14/02/1920).

Además, eran publicadas notas referentes a los informes realizados por los inspectores de sanidad y entregados a la mencionada Dirección.

Entonces, tal como se desprende de lo expresado, un aspecto considerado clave para mejorar la salubridad de la población y evitar la trasmisión de enfermedades epidémicas era la realización de obras de infraestructura para extender los servicios de agua potable y establecer desagüe cloacal. Los dirigentes asieron esta propuesta y plantearon e implementaron medidas para lograr ese objetivo.

Con respecto a la tasa de mortalidad, según Cerdá (2006: 16), la Mendoza finisecular se asemejaba más a una sociedad tradicional (con alta tasa de natalidad y mortalidad) que a una que estuviese en pleno proceso de modernización. De forma progresiva durante el período comprendido entre 1890 y 1914 hubo una disminución de la tasa de mortalidad, pues de un 59% bajó a un 22%. A pesar de esta disminución, el censo de 1914 expresaba que los hospitales públicos no contaban con el número suficiente de camas y médicos para atender las necesidades de una población que crecía rápidamente (*Ibid.*: 19).

A pesar de estas particularidades, la tasa de mortalidad, de forma paulatina y con una cierta demora, se acercaba a la media nacional. Hacia 1914 el porcentaje de muertos del país había descendido por debajo del 15%, y la provincia se acercó a esa cifra recién en la década de 1930 (Cerdá, 2009: 43). Entre 1910 y 1920, la ciudad de Mendoza junto con el oasis sur eran las regiones con una mayor tasa de mortalidad. No obstante, hacia 1918 con los gobiernos lencinistas, comenzó un gradual descenso (Richard Jorba, 2011: 41), de tal forma que ya para la década de 1930 los valores disminuyeron “sensiblemente [...]”

producto de una mayor difusión de las medidas sanitarias y hospitalarias en todo el territorio” (Cerdá, 2009: 43- 44).

Si bien a partir de 1924 la tasa de mortalidad infantil decreció, la etapa etaria definida entre recién nacido y los cinco años de edad, continuaba siendo el segmento de la población más vulnerable. Las principales causas fueron las denominadas “evitables”, como “las enfermedades infecciosas y parasitarias, las enfermedades del aparato respiratorio o las enfermedades asociadas al aparato digestivo”, las cuales estaban vinculadas a deficientes condiciones sanitarias, de vivienda y salubridad (*Ibid.*: 44 y 46). Según la prensa local, en 1930, Mendoza ocupaba el segundo lugar en el país por casos de difteria, con un valor del 46,6%, siendo cabecera la vecina provincia de San Juan con un 51,6%. En resumen, a pesar de que “la tasa bruta de mortalidad disminuía, decrecía y la esperanza de vida aumentaba, el peso proporcional de los menores en el total de las defunciones seguía siendo elevado” (*Ibid.*: 46).

La disminución en la tasa de mortalidad general fue resultado de una política de gobierno orientada a mejorar el bienestar de la población. Durante el período de gobernaciones lencinistas (1918-1928)¹⁷ se continuó extendiendo las redes de agua potable y se avanzó en la descentralización de los servicios de asistencia médica destinada a los sectores populares (iniciada ya con los gobiernos conservadores) (Richard Jorba, 2011: 43 y 56). Además, se estableció un hospital, José Néstor Lencinas, dedicado exclusivamente a las enfermedades infectocontagiosas y a la tuberculosis (1924) y otro nosocomio en el departamento de San Rafael. También se crearon diversos servicios en el hospital provincial y San Antonio, un instituto de bacteriología y un laboratorio patológico. Asimismo, se instalaron salas de primeros auxilios en los departamentos y se amplió la asistencia pública con servicios de pediatría, clínica

¹⁷ Consideremos como período de gestiones lencinistas hasta 1928, momento en que la provincia sufrió la última intervención federal previa al golpe de Estado de 1930 que derrocó al gobierno constitucional.

médica, ginecología y obstetricia. A este proyecto de salud se sumó la medida de transformar el antiguo lazareto en un hospital para enfermos crónicos, denominado Luis Lagomaggiore.

Además, se fundó la cantina maternal y el dispensario de lactantes, junto con la implementación de un plan de apoyo alimenticio de las madres, el seguimiento de la evolución de los lactantes, la enseñanza de normas de higiene personal de los niños y la manipulación y preparación de alimentos (*Ibid.*: 48-49). Este programa de reformas se encontraba dirigido principalmente a las clases pobres, ya que desde fines de siglo XIX se manifestaba la necesidad de una política preventiva que mejorara la cuestión de la lactancia (*Los Andes*, 13/04/1889). Las enfermedades gastrointestinales y otras vinculadas con la ausencia de la higiene y la mala alimentación seguían siendo una de las principales causas de mortalidad infantil (Richard Jorba, 2011: 56-57). Hacia 1900, tanto a nivel internacional como nacional, se inició una marcada preocupación por esta problemática y se hizo hincapié en un nuevo ideal de maternidad que procuraba “difundir prácticas cotidianas muy específicas destinadas a proteger la salud de la mujer y el niño” (Armus, 2007: 82)¹⁸. Tanto desde el Estado como desde la sociedad civil, la niñez se transformó en objeto de reflexiones y preocupaciones (*Ibid.*: 87). De allí las citadas medidas con respecto a la alimentación materna, la lactancia y el control regular durante la primera infancia.

Si bien el estado sanitario de Mendoza a fines del siglo XIX era deficiente, comenzó a articularse un sistema de salud (asistencia pública, profilaxis, médicos) que iría mejorando su eficiencia durante el transcurso del siglo XX. La disminución del número de fallecidos por las diversas enfermedades infectocontagiosas o

¹⁸ En el último tercio del siglo XIX, en Buenos Aires hubo una marcada preocupación por la mortalidad y salud infantil manifestada en los estudios de Emilio Coni (Armus, 2007: 82).

aquellas que se desarrollaron con carácter epidémico¹⁹, dan cuenta de esto (imagen 3, página siguiente).

Año/período	Principal enfermedad infectocontagiosa	N° muertes por infectocontagiosa	Porcentaje del total de muertes	N° de muertes por otras causas	Total de muertes
1901	Tuberculosis	-	-	-	-
1902/1904	-	-	-	-	-
1905/1911	Viruela	-	-	-	-
1914	Difteria, Tifoidea	279	4,2%	6382	6661
1915/1917	-	-	-	-	-
1918	Tuberculosis	531	7,3%	6730	7261
	Gripe	170	2,3%		
	Otras	587	8,1%		
	Total: 17,7%				
1919	Tuberculosis	555	7,0%	5875	7883
	Gripe	940	11,9%		
	Otras	513	6,5%		
	Total: 25,4%				
1920	Tuberculosis	405	6,2%	5642	6578
	Gripe	82	1,2%		
	Otras	449	6,8%		
	Total: 14,2%				

¹⁹ La estadística de mortalidad de la provincia durante el período comprendido entre 1869 y 1896 (20 años) daba un total de 26.728 defunciones, es decir, 941 como promedio anual, 51 muertos por 1000 habitantes, sobre una población de 18.463. Su estudio comparaba los índices de mortalidad de la provincia con las ciudades europeas, manifestando que estas últimas tenían un promedio de entre 15 y 37 defunciones cada 1000 habitantes (Coni, 1897: 441).

1921	Tuberculosis	443	6,4%	5589	6878
	Gripe	356	5,2%		
	Otras	490	7,1%		
			Total: 18,7%		
1922	Tuberculosis	497	7,5%	5550	6591
	Gripe	47	0,7%		
	Otras	497	7,5%		
			Total: 15,7%		
1923	Tuberculosis	462	6,0%	6084	7647
	Gripe	478	6,3%		
	Otras	623	8,1%		
			Total: 20,4%		
1924	Tuberculosis	399	5,9%	5832	6785
	Gripe	92	1,4%		
	Otras	462	6,8%		
			Total: 14,1%		
1925	Tuberculosis	433	6,6%	5565	6538
	Gripe	116	1,8%		
	Otras	424	6,5%		
			Total: 14,9%		
1926	Tuberculosis	419	6,5%	5378	6477
	Gripe	74	1,1%		
	Otras	606	9,4%		
			Total: 17%		
1927	Tuberculosis	416	6,1%	5842	6830
	Gripe	55	0,8%		
	Otras	517	7,6%		
			Total: 14,5%		

Imagen 3. Cuadro de las principales enfermedades infectocontagiosas en la provincia de Mendoza durante el período comprendido entre 1901 y 1927 (Luis y Aguerregaray Castiglione). Elaboración propia basada en los anuarios estadísticos (1914-1928), Memoria de la Dirección General de Salubridad (1927) y notas periodísticas (*Los Andes, La Palabra*).

Entre fines del siglo XIX y comienzos del XX se amplió la intervención del Estado en materia sanitaria. La salud de la población fue considerada como un bien que el Estado debía garantizar. Esto estuvo íntimamente relacionado con el surgimiento y la actuación de los “expertos” en salud, en este caso los médicos higienistas, que jugaron un papel central a la hora de observar y evaluar la situación sanitaria, y proponer medidas preventivas y paliativas para mejorarla. En palabras de Plotkin y Zimmerman:

Las redefiniciones de los espacios de intervención del Estado no han sido solo el resultado de cambios ideológicos, sino que han ocurrido también a partir del desarrollo de saberes específicos y de las reformulaciones que los mismos produjeron en percepciones sociales más amplias, las que a su vez han influido, de manera dialéctica, en la evolución de estos saberes (2012a: 10-11).

2. Los modos de habitar el espacio

2.1. La gran catástrofe: el terremoto y la reconstrucción de la antigua ciudad colonial

El estado sanitario de la provincia de fines del siglo XIX y principios del XX, se vio agravado por las consecuencias del terremoto que había sufrido Mendoza en 1861 por su ubicación geofísica (al centro oeste de Argentina, aledaña a la cordillera de *Los Andes*). Posteriormente, esto devino en inundaciones, incendios y saqueos, lo que generó una gran pérdida humana y material. Los únicos edificios que se mantuvieron en pie fueron dos iglesias: la de los jesuitas (actualmente denominada Ruinas de San Francisco) y la de San Agustín (posteriormente demolida). Ambas ubicadas en torno a la plaza principal (imagen 4, página siguiente). El resto de las edificaciones se vieron sumergidas en sus propios escombros de adobe y paja, debido a que se empleaban principalmente estos materiales endebles para su

construcción; no en vano se llamó el “Barrio de las Ruinas” (Ponte, 1999: 84).

A partir de entonces, el sector de la ciudad colonial comenzó a denominarse “ciudad vieja” (sección Este), y este corte abrupto permitió la conformación de una “nueva ciudad” (sección Oeste), con un planteamiento “moderno y progresista”, ubicada en la zona de San Nicolás. Esta se reconstruyó al oeste de la antigua, dejando ese sitio lleno de escombros. La antigua urbe perdió sus usos administrativos y políticos. Se instaló el matadero público (en el sitio donde se encontraba el destruido cabildo), el hospital, el lazareto, los conventillos y los prostíbulos. No contaba con calles empedradas ni arboladas, así como tampoco con agua corriente ni cloacas, a pesar de albergar una gran cantidad de población, en especial de los sectores populares (Ponte, 1999). Durante dos décadas, la antigua ciudad mantuvo esas condiciones, y fue uno de los motivos por el que la administración municipal pretendía que los sujetos que allí vivían se trasladaran al nuevo sector. No obstante, los sectores populares no contaban con los recursos económicos para construir nuevas viviendas.



Imagen 4. Fotografía de la antigua ciudad de Mendoza en ruinas tras el terremoto de 1861. Vista del convento de Santo Domingo desde el Naciente (Álbum de fotografía de Crhistiano Juniors, 1880c. Archivo General de la Provincia de Mendoza).

Por su parte, en la ciudad nueva se planteó un trazado que tenía como centro una plaza-parque (constituida por cuatro manzanas), denominada “Independencia” (imagen 5, página siguiente), equidistante y en línea diagonal a esta, se emplazaron cuatro plazas-parques más. En torno a este espacio principal se propuso ubicar la Casa de Gobierno, la Casa de Justicia, la Iglesia matriz, la cárcel y la policía. Albergaba todas las reparticiones y oficinas públicas provinciales y municipales. A su vez, se desplazaron hacia este sector los grupos de mayor poder adquisitivo y, posteriormente, a fines del siglo XIX, se edificó un parque artificial, hoy denominado General San Martín. Podemos observar que en ese entonces había dos sectores bien diferenciados en el interior de la ciudad: por un lado, la “vieja ciudad colonial” contenedora de todos aquellos elementos considerados “peligrosos” y, por otro lado, la “nueva ciudad moderna”, vinculada a los nuevos espacios de sociabilidad de los sectores de mayor poder adquisitivo. Las autoridades municipales y provinciales no consideraban la sección Este como una prioridad en materia de servicios, por lo que se fue generando una segregación socio espacial en torno a la ciudad antigua que persistió a lo largo del tiempo (Ponte, 1999 y Luis, 2019). Es posible constatar en la prensa posterior, publicada entre 1918 y 1928, que era muy clara la diferencia edilicia y social de estas, algunos afirmaron la existencia de dos ciudades distintas: “Mendoza, como muchas ciudades, presenta dos características. Hay en ella dos aspectos, pudiéramos decir, dos ciudades distintas” [...] “estos son los dos aspectos de Mendoza, desde el punto de vista edilicio y social” (*La Palabra*, 03/12/1919).

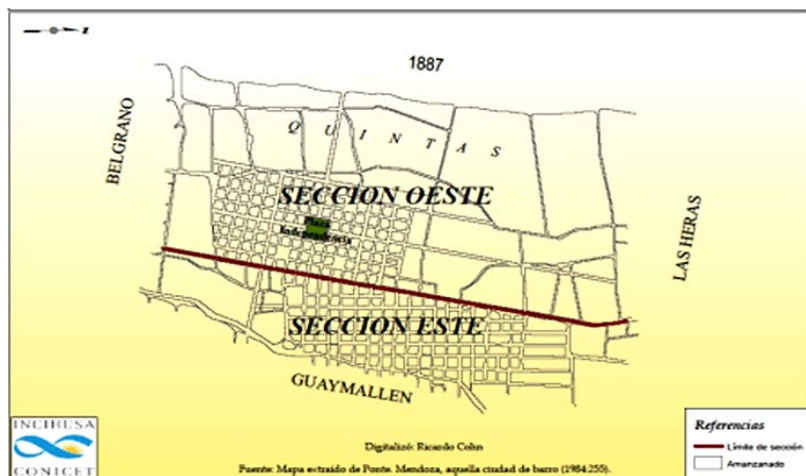


Imagen 5. Mapa de la Ciudad de Mendoza en 1887. Las “dos ciudades”. Redibujado por Ricardo Cohon (Ponte, 1984).

El periódico se refería a que las autoridades no habían implementado medidas para mejorar la ciudad antigua. Así comentaba:

Ni los gobiernos ni nadie se han preocupado de aquel lejano barrio de la ciudad, al que por su exagerada estadística policial se le ha dado una fama despectiva de zona peligrosa [...]. Todos tienen la culpa, y los gobiernos primero, de que el pueblo viejo sea lo que es, de que allí no haya higiene, de que las habitaciones sean foco de infección, de que el pueblo viva en sus hogares como los cerdos en sus pocilgas (*La Palabra*, 03/12/1919).

Años después, el Diario *Los Andes* se refería del mismo modo a la diferencia socio-edilicia de las “dos Mendoza”:

Asiento oficial de la mancebía patentada y refugio de la población y tipos trashumantes, el barrio Este de Mendoza pareciera inspirar pavor y desprecio, no ya al resto de la población, sino a las mismas autoridades municipales. Nos explicamos así su permanente atraso edilicio. No han llegado hasta él las ventajas del adoquinado, ni los buenos servicios del alumbrado, ni los servicios municipales y cuidados higiénicos de la Mendoza culta y progresista [...] (*Los Andes*, 09/04/1926).

2.2. La población y sus viviendas

A comienzos del siglo XX (al 31 de diciembre de 1900) Mendoza tenía 133.408 habitantes. En 1914 la Dirección de Estadísticas contabilizó 283.640. Estos estaban concentrados en los principales centros urbanos. En la Capital habitaban 59.117 personas, lo cual representaba un 20,84% del total; San Rafael tenía 39.927 habitantes; Maipú, 29.275; Guaymallén, 25.871; Godoy Cruz, 16.021; Luján, 19.415; San Martín, 21.004; Rivadavia, 17.823; Junín, 13.074 y Las Heras, 10.631. El resto de los departamentos contaba con una población menor a los diez mil. En 1918 la provincia tenía 304.323 habitantes, y diez años después ya contaba con 401.024 (Provincia de Mendoza, 1931).

Desde fines del siglo XIX, la provincia recibió un alto porcentaje de inmigrantes. El flujo comenzó en la década de 1870 y fue paulatinamente en aumento. El número creció de manera significativa a partir de la llegada del ferrocarril. Diez años después de este hecho, la provincia había casi duplicado su población, pasó de 65.413 a 116.136 habitantes, de los cuales 15.896 eran extranjeros (Paredes, 2004: 220).

En 1914, entre el 1 de junio y el 31 de diciembre, ingresaron 1.269 inmigrantes y el total de extranjeros en la provincia era de 88.354, lo que representaba más del 30% de la población²⁰ (imagen 6, página siguiente).

²⁰ Al finalizar la Primera Guerra Mundial el número de inmigrantes radicados en la provincia descendió y a excepción del año 1927 no volvió a tener la dimensión de años anteriores. *Cfr.*: Provincia de Mendoza, 1916 y 1931.

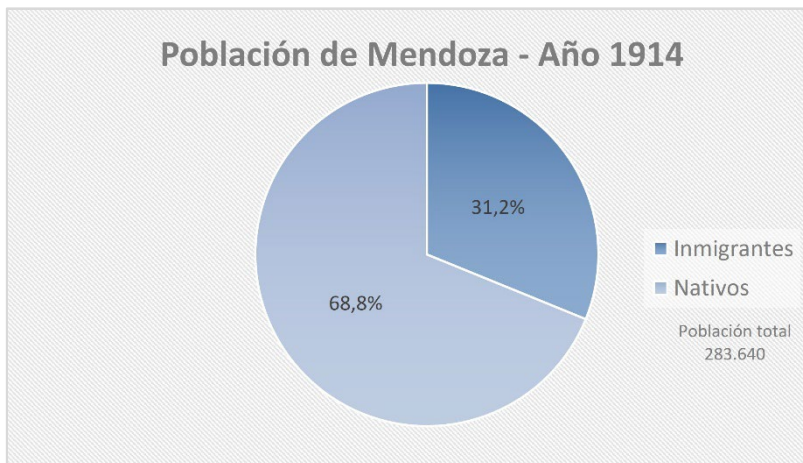


Imagen 6. Gráfico de la población de Mendoza, 1914 (Luis y Aguerregaray). Elaboración propia basada en los datos estadísticos del año 1914 (Provincia de Mendoza, 1916).

Diez años después, llegó a 34.7736 habitantes y al finalizar el período de las gestiones lencinistas en 1928 el número aumentó a 401.024 (Provincia de Mendoza, 1926 y 1931). Cerdá explica cómo la incorporación de un número significativo de inmigrantes a finales del siglo XIX, junto a un proceso de reorganización productiva asociado al desarrollo de la industria vitivinícola, implicó cambios en las relaciones sociales y en las condiciones de vida de amplios sectores de la población mendocina. Los trabajadores pasaron por períodos de alta precariedad e inestabilidad en sus trabajos, aspecto que afectó directamente sus condiciones de vida (Cerdá, 2006, 2007-2008).

La incorporación de inmigrantes modificó la población existente y transformó el mercado laboral, reformado a su vez por la aparición de distintas necesidades y oficios que respondían al nuevo modelo económico. De hecho, la vitivinicultura generó demanda de otros bienes, en parte satisfecha con la instalación de talleres de servicios que comenzaron a fabricar repuestos y equipos de baja complejidad para bodegas, lo que dio origen a un incipiente brote industrial. En este contexto, el mercado de trabajo se volvió más grande y complejo que aquel que había

sido registrado en el Censo de 1895. Aparecieron nuevas categorías socio-profesionales de trabajadores y empleados calificados para atender operaciones industriales (electricistas, maquinistas, enólogos) o diversos servicios, que se fortalecieron en 1914. Sin embargo, los trabajadores con empleo precario, muchas veces temporario, agrupados como peones o jornaleros, y el personal del servicio doméstico, constituían las amplias mayorías en el mundo del trabajo y estaban en la base de la pirámide social (Richard Jorba, 2011).

La inmigración masiva recibida incrementó el problema sanitario-habitacional de las clases populares. Los médicos higienistas contratados a fines del siglo XIX se referían a la propagación de las enfermedades y la alta mortalidad que sufría la población, debido, entre otras causas, a las pésimas condiciones habitacionales en las que residían los sectores de menos recursos económicos. Además, la prensa denunciaba que había un mayor número de contagios justamente en las residencias más precarias, donde los sujetos descuidaban la limpieza y la higiene, y se encontraban ubicadas en los barrios “bajos, vecinos al canal Zanjón, [y] las casas de inquilinato [,] donde el hacinamiento y la miseria se un[ían] al desaseo de las aguas servidas de las acequias (sic)” (*Los Andes*, 11/02/1893).

Durante el siglo XIX la vivienda popular²¹ no fue una de las principales preocupaciones gubernamentales. De hecho, tal como analiza Ponte para el período 1895-1910 la vivienda nueva, o la refacción de las existentes, sobre todo para los sectores

²¹ Se entiende la “vivienda popular” como una categoría conceptual que incluye los planes, propuestas y ejecuciones de complejos habitacionales y viviendas particulares destinados a los trabajadores y sectores de escasos recursos económicos. Son numerosos los estudios internacionales y latinoamericanos que se ocupan de la vivienda popular. Destaca el trabajo de Francisco Liernur y Anahí Ballent (2014), quienes sintetizan los aportes que a nivel mundial, latinoamericano y nacional han realizado los especialistas. Por su parte, en un extenso escrito trabajan la dimensión privada y la dimensión social de la vivienda en Argentina, y consideran las instituciones que surgieron, las tipologías habitacionales establecidas y las políticas de Estado implementadas, entre otros aspectos. *Cfr.*: Ballent y Liernur. (2014).

populares, no fue objeto de políticas públicas²² específicas de promoción o de crédito por parte del gobierno. Así, ante la inexistencia de propuestas gubernamentales, los sectores populares solo tenían como alternativa la autoconstrucción. La vivienda para este tipo de usuarios continuó siendo por mucho tiempo la reforma de la casa tradicional, tipo chorizo con las habitaciones alineadas a lo largo de una galería y el sanitario, si lo hubiere, externo y alejado de las habitaciones (Ponte, 1999: 373).

Por otro lado, estaban las soluciones que apuntaban a la vivienda de alquiler, que requería de inversionistas que construyeran viviendas colectivas, en general casas de vecindad, o que acondicionaran antiguas casonas como conventillos, o subarrendaran propiedades que eran administradas como pensiones. Además, estaban los hoteles, el asilo de inmigrantes, y los alojamientos anexos a las “comiderías”. Asimismo, y como resultado del asistencialismo, se dieron algunos casos de vivienda en tenencia asociada al trabajo agrícola y a las bodegas. Por último, cabe mencionar los departamentos para la servidumbre en las viviendas de la élite (Cirvini, 1989: 124).

A fines del siglo XIX, particularmente a partir de la llegada del ferrocarril y la instalación de la estación de trenes (construida entre 1883 y 1885), la mayoría de los alojamientos para obreros

²² Se alude a la noción “políticas públicas” para analizar las diferentes propuestas gubernamentales. Diversos autores han desarrollado la temática, entre los que destaca Oszlak y O’Donell (1981), Aguilar Villanueva (1996), y más recientemente Guardamagna y Cueto (2013). Estos últimos autores coinciden con la perspectiva de Oszlak y O’Donnell y alegan que en el proceso de constitución de una cuestión socialmente problematizada hay una dinámica muy fuerte entre el Estado y la sociedad. Los autores distinguen entre política de gobierno y política de Estado. La primera se circunscribe a una gestión en particular y responde a los intereses y criterios de esta. No tiene por qué tener continuidad con políticas anteriores, no necesariamente tiene consenso. Por el contrario, la política de Estado responde a intereses más generalizados, valores que son menos cuestionables por la mayoría de la sociedad y que además son de suma importancia para el desarrollo del país, aunque no necesariamente exista unanimidad sobre la misma. Para los autores el atributo específico de una política de Estado es algún nivel de conjunción entre conflicto, continuidad y consenso (Guardamagna y Cueto, 2013: 70-75).

(conventillos y pensiones) se instalaron en las inmediaciones de las vías férreas. Estos ofrecieron hospedaje a los importantes grupos de inmigrantes que llegaban a la provincia. Otros recién llegados se localizaron en el Barrio de las Ruinas (Cirvini, 1989: 125 y Raffa, 2007: 11).

En este tipo de vivienda popular por lo general habitaba un gran número de personas, varias familias o grupo de estas. Las condiciones de hacinamiento y falta de higiene en las que residían generaron que ese tipo de viviendas constituyeran uno de los principales focos de contagio de las enfermedades infectocontagiosas. De hecho, no es casual que en este tipo de vivienda se detectara el primer caso de cólera en Mendoza (Cirvini, 1989).

La problemática habitacional continuó en el tiempo. Si bien los dirigentes leucistas planearon algunas propuestas de vivienda popular, estas fueron escasamente concretadas (Luis, 2018). Durante el período conservador, el estado provincial, efectivamente, realizó el primer conjunto habitacional popular, las “casas colectivas”, y comenzó a dar respuesta a esta problemática de la clase media y de los sectores populares de Mendoza²³.

En síntesis, consideramos que la escasez de vivienda y la forma de habitar el espacio de los sectores populares contribuían al deficiente estado sanitario de la provincia hacia fines del siglo XIX y principios del XX. Estos residían en gran parte en la antigua ciudad colonial de Mendoza, que a su vez, era un sector “olvidado” de la agenda de las políticas públicas. Además, la falta de servicios básicos, como el agua potable y el desagüe cloacal, acentuaron este estado; cuestiones que profundizaremos en el capítulo 2.

²³ Para ampliar información consultar: Raffa, 2004 y 2015.

Capítulo 2

Los servicios sanitarios: agua potable y red cloacal

“Una buena provisión de agua y una buena evacuación de las inmundicias constituyen el desiderátum para las poblaciones modernas” (Escudé, 1922).

1. Las primeras obras de la red sanitaria

El agua potable ha sido históricamente —y es hoy— un recurso escaso, sobre todo en una zona semiárida como la provincia de Mendoza. Es ordenadora del poblamiento y la urbanización y su administración es determinante para la organización territorial. Desde el período hispánico las autoridades regularon el uso del agua, y así continuó durante la etapa independiente a través de distintos reglamentos que se transformaron en antecedentes para la sanción de la Ley de Aguas (1884). Los principios contenidos en esta normativa fueron consagrados luego en la Constitución Provincial de 1916. Ellos determinaron que la concesión del agua se realizara mediante una ley específica; se impuso el principio de inherencia por el cual el derecho de riego pertenece al predio y no pueden venderse separadamente. Además, los regantes participarían en el manejo del agua mediante la elección de autoridades de canales que conformarían las inspecciones de cauces; las grandes obras hidráulicas debían ser aprobadas por la Legislatura. Por último, fue creado un organismo especializado con autonomía,

estabilidad política y autarquía financiera, la Dirección General de Irrigación (Ortega, 2021). También, la importancia del agua puede observarse en el desarrollo urbano de Mendoza. La ciudad adoptó desde principios del siglo XVI un patrón de crecimiento —por bandas y escalonado— que le impuso el sistema de aprovisionamiento del agua²⁴ (Ponte y Cirvini, 1998: 11).

Las primeras obras de provisión de agua corriente a la ciudad de Mendoza se atribuyen al General José de San Martín. Durante su gobernación (1815-1817) ordenó iniciar los trabajos para la conducción de las aguas del Challoo (5 km al Oeste de Capital) por medio de un canal en mampostería de piedra que terminaba en la pila de la Plaza Constitución (hoy denominada plaza Pedro del Castillo), centro de la antigua ciudad colonial de Mendoza (Gellon, 1937).

Debido a las reiteradas crecientes, se interrumpía el funcionamiento de esa obra y se realizó una toma auxiliar sobre la acequia El Rey (canal El Jarillal) que decantaba en una finca al Oeste del extremo Sur de la Alameda. Así se abastecía al núcleo urbano más importante de la provincia, radicado entonces en lo que posteriormente se denominó ciudad antigua, como vimos en el capítulo 1. El servicio que prestaban las instalaciones era intermitente, por este motivo la población se abastecía durante las interrupciones con agua que provenía de los canales Tajamar y Zanjón, hasta que se transformaron en los lugares de provisión habitual, cuando se abandonó definitivamente la obra anterior en 1855 (imagen 7, página siguiente).

²⁴ En ciudades como Mendoza, la importancia de esta base hídrica puede observarse en el desarrollo urbano, el que no siguió por cierto una modalidad arbitraria. La ciudad adoptó desde principios del siglo XVI un patrón de crecimiento —por bandas y escalonado— que le impuso el sistema de aprovisionamiento del agua. Aun después del terremoto de 1861, con la nueva ciudad y la reconstrucción de la Antigua, Mendoza no abandonó esta norma tan esencial a su existencia. La emergente espacial de este proceso fue la progresiva transformación de las acequias-madres en calles principales, hasta bien entrado el siglo XX (Ponte y Cirvini, 1998: 11).

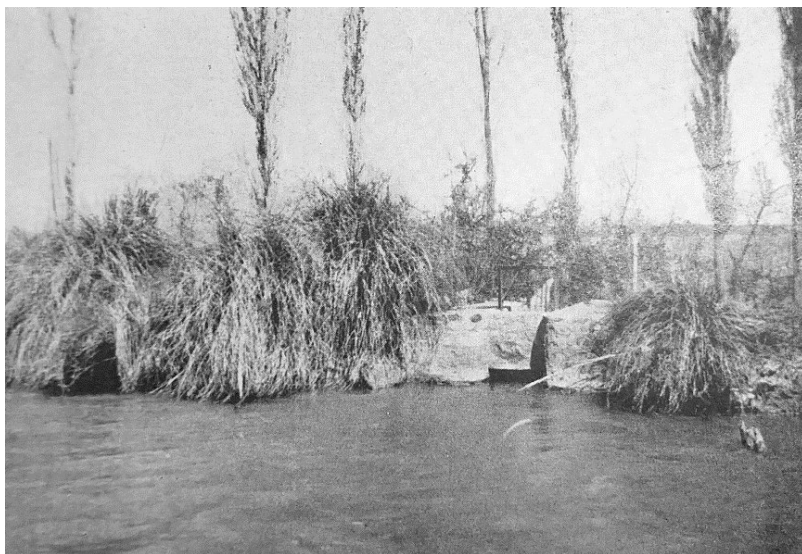


Imagen 7. Toma en el Canal Zanjón 1893-1926. Obras Sanitarias de la Nación (OSN), Memoria del Directorio 1937.

En 1861, cuando Mendoza sufrió el terremoto que destruyó casi por completo las estructuras edilicias, las autoridades se ocuparon de reconstruir la ciudad, y las mejoras en la provisión de agua corriente quedaron en un segundo plano. Surgieron entonces vendedores ambulantes que traían el agua en toneles desde el Challao o la Higuera y la vendían a domicilio (Gellon, 1937). La escasez del servicio de agua potable y la inexistencia de red cloacal contribuyeron a que a finales del siglo XIX, el estado sanitario de Mendoza (y del país en general) fuera deficiente. Tal como mencionamos en el capítulo 1, informes sanitarios de higienistas especializados arrojaban la necesidad de realizar obras de infraestructura y de extender el recurso de agua potable a fin de incrementar la salubridad de la población mendocina. Esto se debía a que la mayoría se proveía del agua de las acequias para consumo humano, que estaban contaminadas debido a que cumplían, al mismo tiempo, la función de riego y de eliminación de desechos, con la consecuente transmisión de enfermedades mediante su uso. La extensión de este servicio y el establecimiento del desagüe

cloacal en la primera mitad del siglo XX fueron claves para mejorar la calidad de vida y la salud de la población.

Tanto desde la esfera gubernamental nacional como provincial y municipal se implementaron distintas políticas preventivo-sanitarias. En relación con la provisión de agua se sabe que desde fines del siglo XIX fue claro el esfuerzo por independizar los sistemas de riego y los de provisión de líquido potable (imagen 8).

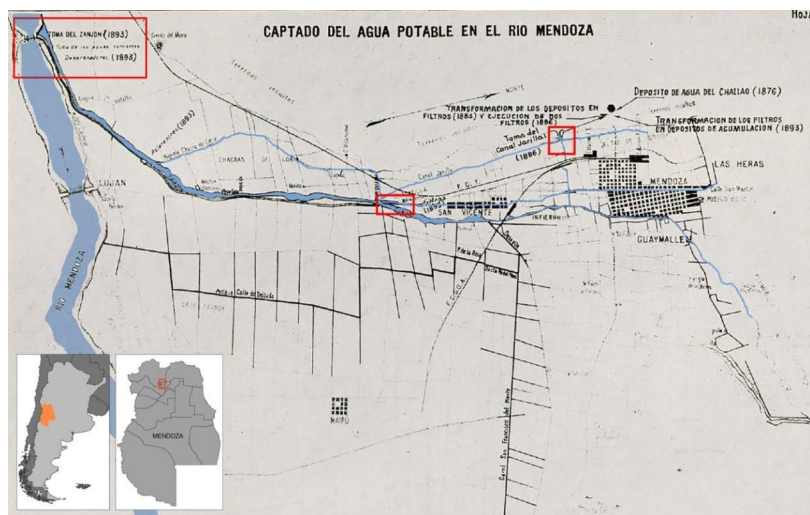


Imagen 8. Plano de provisión de agua del Río Mendoza a fines del siglo XIX, tomas y cronología de las obras. Redibujado (Gellon, 1937).

En 1876, bajo la asistencia técnica del Departamento de Ingenieros Civiles de la Nación, se construyeron las primeras conexiones domiciliarias en la ciudad nueva, con centro en la plaza Independencia. Se realizaron obras para conducir nuevamente el agua del Challoo y se construyó un depósito almacenador en el extremo Oeste de la calle Unión (actualmente Sarmiento). Se montó una cañería principal de distribución de hierro fundido entre el depósito y la calle San Martín, y cañerías de distribución con caños de barro cocido revestidos de material cementicio, que los álamos carolinos de la arboleda callejera destruyeron en pocos años, y en 1882 fueron sustituidas por

hierro fundido. Además, se edificaron grandes filtros para purificación y se colocó una red de surtidores públicos, que llegaba hasta la calle de San Nicolás (actual Av. San Martín) y la Alameda. Por este motivo, la mitad norte de la ciudad antigua quedó por fuera de este servicio a pesar de seguir siendo el sector más poblado de Mendoza.

Hacia 1884, durante la gestión del intendente Luis Lagomaggiore, se renovaron y ampliaron las conexiones de agua domiciliarias y se extendió la red de surtidores públicos que cubrió entonces una parte importante de la sección Este²⁵. En 1884, además, se había dispuesto ampliar el caudal o dotación, con agua del canal El Jarillal y se transformó el depósito existente en un filtro de arena. En 1885 el agua corriente se destinó a los edificios públicos que aún no contaban con ella, entre los cuales se encontraba el Hospital San Antonio. Al mismo tiempo se colocaron dos surtidores más en la ciudad nueva (uno entre las calles 25 de Mayo y La Paz, y otro entre Necochea y Colombia) y uno en la ciudad vieja (entre las calles Tucumán y Bolivia), próximo al Hospital, hasta donde se había extendido la red (Ponte y Cirvini, 1998: 43).

En el verano de 1886 y 1887, durante el desarrollo del cólera, aproximadamente el 95% de la población urbana debía proveerse de agua para beber de los surtidores públicos, que por su número y ubicación no cubrían todo el territorio. Era usual hacer largas colas de espera detrás del surtidor (que con frecuencia no funcionaba) y por el tiempo que insumía esta cotidiana tarea era encargada usualmente a jóvenes que provocaban riñas a las cuales aludía frecuentemente la prensa. Por ello, siguió siendo habitual (por ser la única posibilidad), en

²⁵ En 1884, cuando Lagomaggiore asumió la intendencia, el servicio de agua corriente beneficiaba solo a seis familias. Comenzó entonces la instalación de 39 surtidores públicos (22 de ellos luego de la epidemia de cólera), distribuidos en la trama urbana y la instalación de más servicios domiciliarios dirigidos particularmente a los edificios públicos y a la ciudad nueva, zona por donde comenzó el tendido de cañerías. En junio de 1888, al finalizar su gestión funcionaban alrededor de 300 servicios domiciliarios, todos ubicados en la ciudad nueva (Raffa, 2007: 16). Esto da cuenta de cómo la ciudad antigua continuaba relegada de las políticas públicas, aunque constituyera el núcleo urbano más poblado en esa época.

toda la zona norte de la ciudad antigua, en los alrededores de la plaza “del Matadero” (antigua plaza colonial) y en los arrabales de San José y La Chimba, proveerse de agua de las acequias para el consumo diario (Ponte y Cirvini, 1998: 44) (imagen 9).



Imagen 9. Fotografía de acequia que proveía de agua en calle Alameda (Ciudad vieja) (Álbum de Christiano Juniors, 1880c. Archivo General de la Provincia, Mendoza).

El mecanismo fue ampliado en 1893, con la instalación de aclaradores en Luján de Cuyo, y filtros en Godoy Cruz, de acuerdo con los proyectos que había realizado el ingeniero Cipolletti.

A fines del siglo XIX la Dirección General de Salubridad insistió en que era necesario realizar un estudio de reconocimiento sobre las posibles vertientes para provisión de agua potable y su

calidad²⁶. La ciudad se proveía de agua que venía del Río Mendoza. En 1899 el gobierno provincial se acogió a los beneficios de las leyes sobre irrigación, riegos, provisión de agua y se iniciaron estudios para utilizar el Río Blanco como fuente de provisión de líquido potable. Las labores realizadas determinaron que el Río Blanco presentaba mejores condiciones de potabilidad que las del Río Mendoza. No obstante, los dirigentes provinciales optaron por dejar de lado el proyecto y realizar mejoras en las obras existentes en el Río Mendoza durante 1901 y 1902 (Gellon, 1937).

Años después, en 1905, el gobierno de Mendoza firmó un convenio para ampliar la provisión de agua potable y utilizar como fuente el Río Blanco. Los trabajos se iniciaron en 1906 y en mayo de 1908 proveían a 40.000 habitantes. En ese momento se realizaron una galería filtrante en el lecho del Río Blanco, un conducto entre esta y Alto Godoy, dos depósitos de reserva en Alto Godoy, una cañería maestra desde los depósitos a la ciudad, y mejoras en las redes de distribución²⁷ (Gellon, 1937).

No obstante, el problema de la escasez de agua potable continuó siendo un asunto importante que se debía solucionar. En 1914 había un total de 3981 conexiones domiciliarias de las cuales 3791 correspondían a la zona de la Capital y 190 a Godoy Cruz (Provincia de Mendoza, 1916). A continuación, podemos observar el trazado de agua corriente en las principales calles de la ciudad nueva (imagen 10, página siguiente).

²⁶ Por ello se hicieron gestiones ante el gobierno nacional para que enviara a un geólogo a reconocer las características provinciales. En 1896 el Dr. Emilio Bodenbender, comisionado por la Universidad de Córdoba a pedido del Gobierno de Mendoza, realizó un estudio sobre las vertientes de la precordillera. No obstante, no se realizaron trabajos porque las vertientes analizadas poseían escaso caudal (Gellon, 1937).

²⁷ Las crecientes estivales producían embancamientos de la canaleta de captación, por ello en 1918 se construyó una fuente desarenadora (Gellon, 1937).

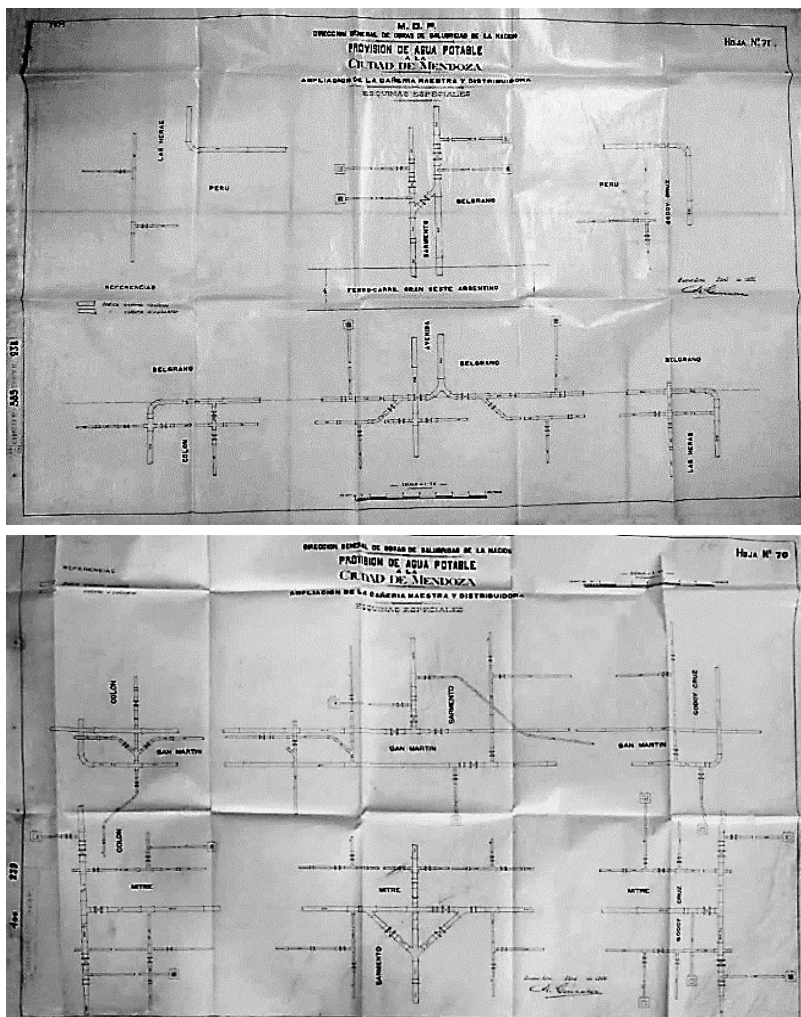


Imagen 10. Planos del trazado de cañerías de agua corriente en las principales esquinas de la ciudad a comienzos del siglo XX. Mendoza, 1905 (Archivo de Agua y Saneamientos de Mendoza (AYSAM)).

En relación con la red cloacal, el primer proyecto de desagüe urbano para la ciudad data del año 1888, confeccionado por el ingeniero Carlos Nystromer por encargo del Gobierno de la Provincia (imagen 11, página siguiente).

2. La administración de los servicios

Desde fines del siglo XIX, los servicios de agua potable y desagüe cloacal dependieron de la jurisdicción provincial, pero en 1900 se transfirieron al Estado Nacional (Ley 3967 de 1900), con competencia otorgada a la Comisión de Obras de Salubridad, entonces denominada Dirección General de Obras de Salubridad, dependiente del Ministerio del Interior. El traspaso fue efectuado a partir de 1906 y, desde entonces, y hasta 1980²⁸, la provisión de estos servicios dependió de la Nación. En 1912, se creó Obras Sanitarias de la Nación (OSN) (Ley Nacional 8889 de 1912) con el objetivo de centralizar en un solo organismo el diseño, planificación y ejecución de las obras de agua potable y saneamiento en la mayor parte de las jurisdicciones del país.²⁹

A partir de ese momento, el procedimiento consistió en el pedido a la máxima autoridad (OSN), de la extensión o construcción de determinada red por parte de las autoridades provinciales y/o municipales, y la posterior firma de convenios entre los representantes de ambas instituciones. En estos pedidos se explicitaban las características de la prestación y el tendido específico que abarcaría la red. Los convenios, regulados por la Ley Nacional 10998³⁰ de 1919, eran ratificados mediante

²⁸ En 1980 se descentralizaron estos servicios y se creó en noviembre del mismo año Obras Sanitarias Mendoza bajo la figura de Sociedad Estatal (Ley 4479 de 1980, promulgada el 7 de noviembre de 1980). Posteriormente, entre 1995 y 1997 se llamó a licitación y la empresa pasó a ser una Sociedad Anónima; sin embargo, esta estuvo intervenida en el período 1995-1997 por problemas en el concurso. En 1997 y hasta 2009 funcionó como Sociedad Anónima de la empresa francesa SAUR. De 2009 a 2010 la provincia intervino la sociedad y en 2010 se hizo cargo de manera definitiva de la administración y pasó a denominarse Archivo de Agua y Saneamientos Mendoza (AYSAM).

²⁹ En algunas jurisdicciones los servicios no fueron transferidos a Obras Sanitarias de la Nación (OSN) y dependieron de la gestión municipal (como en Maipú, Mendoza). En otras provincias hubo prestación a su vez de empresas privadas, como en el caso de la ciudad de Rosario. Ver: Lanciotti y Regalsky, 2014.

³⁰ Esta Ley se dictó en Buenos Aires el 30 de septiembre de 1919. Mediante la misma, autorizaba al Poder Ejecutivo de la Nación, por intermedio de Obras Sanitarias, a construir obras de dotación de aguas corrientes y cloacas a las poblaciones de la República que tuvieran más de ocho mil habitantes, en su planta urbana, y a realizar

proyectos de ley en la legislatura provincial. Además de legalizarlos, se preveía declarar de utilidad pública y sujetos a expropiación a los terrenos necesarios para las obras proyectadas, y se establecía que el pago de los gastos que se originaran sería adjudicado a Rentas Generales de Mendoza, con imputación a la misma. Asimismo, se definía que la construcción y explotación de las obras, así como la percepción de la renta que produjeran estarían a cargo de OSN. Esto sería hasta que la provincia o el departamento finalizara el pago de los trabajos, momento en el cual las obras pasarían a explotación provincial.

Para la ejecución de las obras, se llamaba a concurso público y la empresa ganadora se hacía cargo de los materiales y de la construcción de las redes. La convocatoria era anunciada en la prensa, al igual que los resultados del concurso.

Las cañerías propias de las conexiones domiciliarias se dividían en dos secciones. La parte exterior, comprendida entre la cloaca colectora o el caño de distribución de agua y el muro del edificio, o el punto más próximo a este. Su construcción estaba a cargo de OSN. Por otro lado, la parte interior, que comenzaba en el punto de enlace con el exterior, y comprendía todas las obras que debieran ejecutarse dentro de las propiedades. Los propietarios estaban obligados a construirla en los plazos que estipulara OSN y debían respetar el reglamento que para esa clase de obras aprobara el Poder Ejecutivo de la Nación, y bajo la dirección y supervisión del personal que designara OSN. Además, debían abonar una cuota para cubrir los gastos en concepto de administración e inspección durante el período de realización de sus obras y a limpiar, cegar o desinfectar y cubrir debidamente todo sumidero, pozo de agua o similar que existiera.

obras de provisión de agua potable a los pueblos que tuvieran más de tres mil habitantes. Fuente: Sistema Argentino de Información Jurídica (SAIJ). Consultado en: <http://www.saij.gob.ar/10998-nacional-lnn0024274-1919-09-30/123456789-0abc-defg-g47-24200ncanyel>

También se estipulaba que el servicio de agua y cloacas fuera obligatorio para todo inmueble habitable, ubicado dentro del área donde se hubieran instalado cañerías de distribución de agua y cloacas colectoras (Luis, 2020).

3. La extensión de los servicios en las primeras décadas del siglo XX

Entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX, Mendoza, como otras provincias argentinas, tuvo un importante crecimiento poblacional, como mencionamos en el capítulo 1. El incremento de la edificación, como consecuencia del aumento poblacional y los movimientos migratorios hacia los distintos centros urbanos de la provincia, pero particularmente a la capital, hacía sentir con mayor intensidad la deficiencia del sistema sanitario, pese a los avances que se habían realizado en la materia.

La prensa aludía constantemente a la necesidad de extender el servicio de agua potable y establecer el sistema de red cloacal. A principios del siglo XX Diario *Los Andes* publicaba:

[...] una comisión de vecinos ha resuelto elevar una solicitud al Ministerio de Obras Públicas de la Nación suscrita por la mayoría de los propietarios pidiendo la suspensión de la apertura de los famosos pozos y en cambio de ellos la construcción de verdaderas obras de salubridad, es decir, cloacas domiciliarias que importarán relativamente, menos que los pozos pudrideros [...] (*Los Andes*, 16/08/1906).

El periódico *La Palabra*, por su parte, alegaba en 1921 que el elevado número de mortalidad se debía al “pésimo sistema de wáter-clósets”³¹ e instaba al gobierno a que efectuara los

³¹ “Los recientes hundimientos de sumideros, que han costado la vida a seres humanos, han venido a evidenciar una vez más que el constituye entre nosotros no solo un peligro de inseguridad personal, sino que también un atentado contra la estética y contra la salubridad pública, ya que cada pozo –y en Mendoza debe de haber más de 100 mil– es un foco de infección, malsano y mortal, constituyendo, irrefutablemente, el factor principal de la mortalidad mendocina” (*La Palabra*, 30/03/1921).

trámites necesarios para establecer el sistema de red cloacal domiciliaria. “Urge, pues, que la representación mendocina ante el congreso nacional recabe del gobierno de la nación la ejecución del proyecto sobre cloacas domiciliarias, tanto tiempo hace sometido a la consideración de aquel gobierno” (*La Palabra*, 30/03/1921).

Se manifestaba, igualmente, que el agua era solo para algunos lugares de la ciudad y quedaba relegada a ciertas zonas (Luis y Aguerregaray, 2022). *El Socialista*, por ejemplo, se refería a la escasez del servicio en la zona de la ciudad antigua y decía:

Es deficiente bajo todo punto de vista el servicio de las aguas corrientes en algunos barrios de esta capital. Resulta que, en determinados sitios de la ciudad, los habitantes gozan de agua en abundancia para los diversos servicios de una casa, en tanto que en otros se carece del indispensable elemento durante todo el día (*El Socialista*, 14/12/1918).

En los periódicos se publicaban las solicitudes puntuales de los vecinos, actores fundamentales en la petición del servicio, que en numerosos casos se dirigían a las autoridades para que realizaran las gestiones pertinentes. Luego de elevarlas, las peticiones eran atendidas por los legisladores o representantes del Ejecutivo, quienes proyectaban la extensión de la red. El Diario *Los Andes* decía:

Un numeroso núcleo de vecinos con residencia en la parte sudoeste de esta capital, en el radio comprendido por las calles Coronel Rodríguez a Paso de los Andes y de Colón a Observatorio, se ha dirigido a la administración de las Obras Sanitarias de la Nación, solicitando la ampliación de la red de cañerías de aguas corrientes, hasta el punto de referencia (*Los Andes*, 22/04/1922).

Del mismo modo, el Diario *La Palabra* se refería a la solicitud de los vecinos del departamento de Rivadavia: “Se han dirigido al diputado nacional señor Carlos Gallego Moyano, mediante una comunicación, pidiéndole se ocupe de preferencia del asunto de las aguas corrientes para Rivadavia, cuyo pronto despacho es de la mayor importancia” (*La Palabra*, 28/03/1921).

Años después la prensa seguía publicando las solicitudes de los vecinos del departamento de San Carlos, quienes habían pedido a la municipalidad que realizara las gestiones pertinentes para proveer de agua potable al departamento (*Los Andes*, 10/12/1927).

Del mismo modo, el periódico informaba cuando los pedidos eran satisfechos. Así, señalaba:

Un grupo de vecinos de la calle Colón, entre las de Belgrano y Paso de los Andes, ha dirigido ayer una comunicación al Poder Ejecutivo en la que se le agradece el empeño que ha puesto para que se instale en ella una cañería de agua potable (*Los Andes*, 20/09/1924).

Los dirigentes manifestaban también la preocupación y el interés por extender el servicio de agua potable y la red cloacal en la provincia, considerada como indispensable para el progreso y modernización de Mendoza. Durante la década del 1920, más allá de tratarse diversas minutas y proyectos que proponían la extensión de la provisión de líquido potable a distintos departamentos³² y localidades, efectivamente se sancionaron cinco proyectos de ley. Así, por un lado, se propuso ampliar el servicio de agua potable y establecer cloacas en la capital y, por otro, extender el servicio de la primera hacia los departamentos.

La propuesta de extensión de los servicios contaba con gran apoyo de todos los sectores políticos y de la población; de hecho, los proyectos de ley se sancionaban por unanimidad.

³² El 1 de septiembre de 1919 se aprobó en diputados una minuta de comunicación al Poder Ejecutivo para dotar de agua potable al vecindario de Chacras de Coria; el 21 de noviembre del mismo año se aprobó en el mismo sentido para beneficiar a San Rafael; el 14 noviembre de 1923 en senadores se aprobó la moción para solicitar agua potable al Departamento de Lavalle mediante un pozo, método más antiguo pero igualmente efectivo; el 27 noviembre de 1923 en diputados se aprobó pedido de declaración y se solicitó al Poder Ejecutivo que hiciera las gestiones para proveer de agua potable al Departamento de Las Heras.

3.1. Las leyes sobre extensión de los servicios en Capital

Con respecto a la capital, se sancionaron dos proyectos de ley, uno en 1922 (Ley 773 de 1922) y otro en 1927 (Ley 931 de 1927). Fue durante la gestión de Carlos Washington Lencinas cuando se sancionó la primera normativa, que aprobaba un convenio por el cual el Estado Nacional se comprometía a hacer ejecutar la obra de construcción de cloacas colectoras, la ampliación del servicio de aguas corrientes y el aprovechamiento de energía eléctrica, esto último a partir de la construcción de una usina hidroeléctrica (Ley 773 de 1922)³³.

En la discusión del proyecto de esta ley, los legisladores argumentaron a favor y alegaron, por un lado, que debido al incremento poblacional y a la extensión geográfica habitacional, el servicio era insuficiente. Por el otro lado, se refirieron a la necesidad de realizar estas obras de salubridad para disminuir la tasa de mortalidad. Así, decía el diputado Soto:

Es necesario que este asunto no se postergue ni un día más, ya que se trata de defender la salud pública, puesto que, debido a las condiciones pésimas del estado sanitario e higiénico de esta Capital, de Mendoza, se producen más de dos mil defunciones anuales, e demasía a lo que correspondería a una ciudad de condiciones sanitarias normales (Soto, 1922).

Los trabajos no comenzaron de inmediato. De hecho, Diario *Los Andes* publicaba del 16 al 20 de febrero de 1923 escritos y entrevistas al subsecretario de Obras Públicas de la Nación, en

³³ En relación con este punto, el diputado Soto aludía a que “este asunto ha sufrido ya demasiadas postergaciones”. El legislador se refería a que ya en octubre de 1918 se habían terminado los estudios referentes a verificar estas obras, y el Poder Ejecutivo había aprobado en noviembre de 1918 el proyecto confeccionado por Obras Sanitarias de la Nación (OSN) y encargado en este caso a un diputado para que gestionara la resolución respectiva; sin embargo, aclaraba el diputado, este contrato no se celebró en esa oportunidad “por razones que ignoro”, pasaron dos años hasta que se efectivizara. “Pero actualmente está terminado y el contrato ya firmado” y por ello solicitaba que la cámara se constituyera en comisión para despacharlo (Soto, 1922).

las que se destacaba que las obras cloacales no iniciaban porque la provincia aún no sancionaba la ley de donación de terrenos para el desagüe de la red.

Meses después, el 7 de noviembre de 1923, se realizó el acto de inicio de las obras sanitarias en la capital y se colocó la piedra fundamental en la intersección de las calles Av. Rivadavia y Mitre (imagen 12). En el acto inaugural Carlos Washington Lencinas expresaba: "toca en suerte a mi gobierno presidir este acto [...] nuestra capital habrá de incorporar a breve plazo la obra pública de mayor importancia en el organismo moderno, ya que ella constituye la más sólida garantía para la salud y la vida de la población" (Suárez, 1924: 427-430).



Imagen 12. Fotografía del acto de inauguración de las obras sanitarias en Capital (1923) (Suárez, 1924, s/p).

En 1924 el Diario *Los Andes* informaba sobre el estado de las obras a partir de una entrevista con Ludovico Ivanissevich³⁴, director local de OSN (imágenes 13 y 14, páginas 71 y 72).

³⁴ Ivanissevich era ingeniero civil, había sido socio de Domingo Selva. Ambos eran directores técnicos de la empresa "La constructora andina", que edificó "modernas"
70

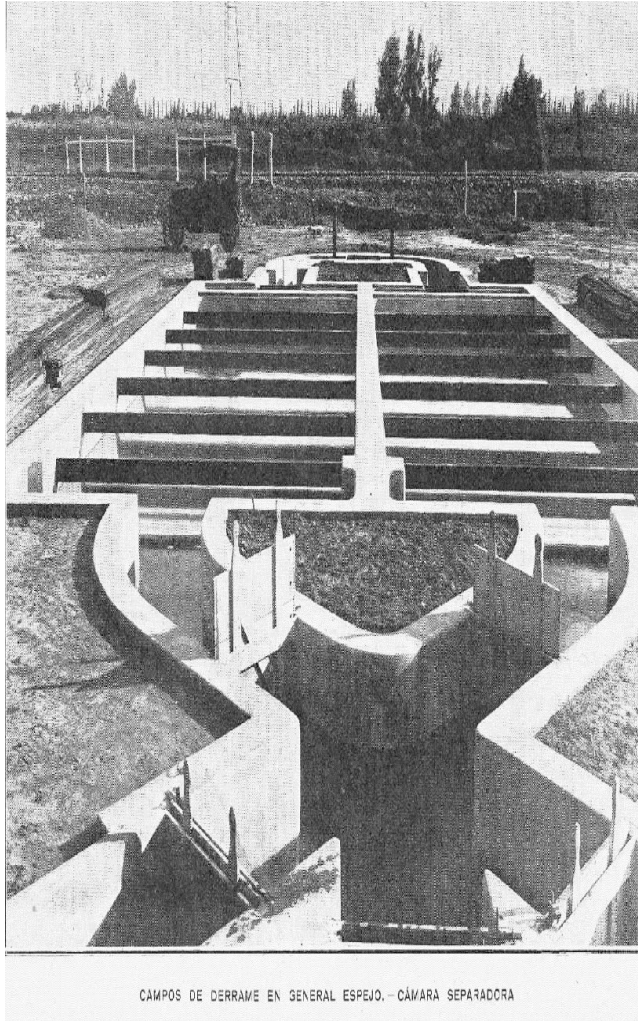


Imagen 13. Fotografía de las cámaras separadoras de la red cloacal (Obras Sanitarias de la Nación [OSN], Memoria del Directorio, 1927).

viviendas que marcaron un hito en la producción local, promovieron nuevas formas del habitar, y ensayaron tecnologías y sistemas “revolucionarios” como era el “cemento armado”, cuyo uso se generalizaría décadas más tarde en la región por su eficacia en la respuesta a los sismos (Cirvini y Manzini, 2010). Luego, hizo carrera en Obras Sanitarias de la Nación (OSN), institución en la cual ocupó diversos cargos. Para ampliar información consultar: Luis y Raffa (2022).

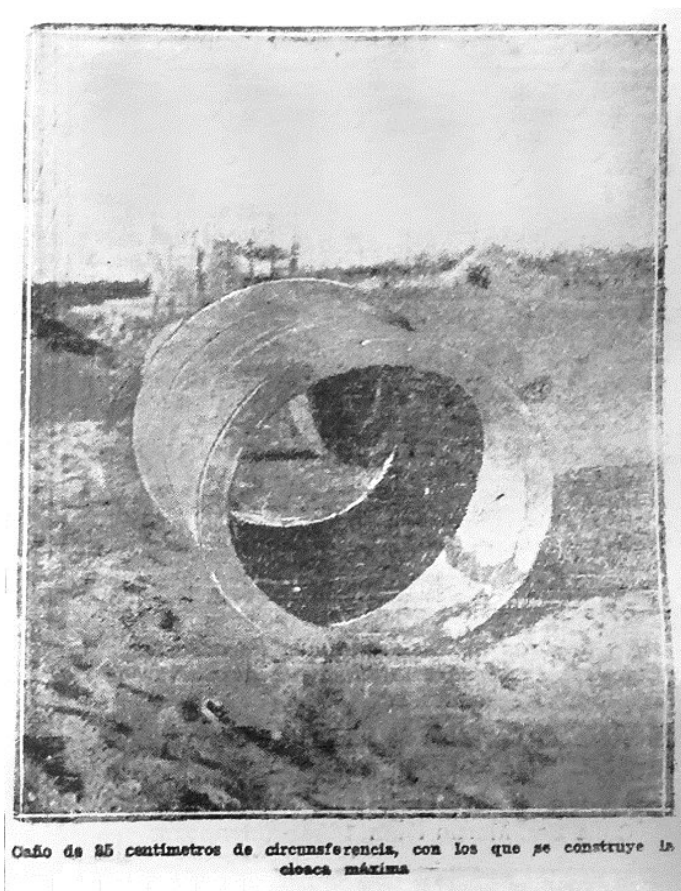


Imagen 14. Fotografía de la cañería cloacal (Mendoza, 1924) (*Los Andes*, 21/06/1924).

Ivanissevich contestaba a los vecinos, que pensaban que las cañerías cloacales no eran suficientes para la cantidad de población. Alegaba que el proyecto aprobado por el gobierno nacional, y que la empresa constructora ejecutaba activamente, era para una cantidad de habitantes más numerosa que la que poseía la ciudad de Mendoza. Citaba que "las obras que se realizan son una garantía de seguridad, en su duración e importancia del servicio, y que, por lo tanto, son infundados los temores que muchos abrigan al respecto" (*Los Andes*, 21/06/1924).

En cuanto a los detalles técnicos explicaba:

La red de cloacas va determinada en la siguiente forma: cañerías colectoras, de 15 centímetro de diámetro, que son las que realizan el servicio domiciliario; ramales de colectoras, de 30 a 50 centímetros, que son los que se reciben de las primeras el caudal que se vaciará en la cloaca colectoras o máxima, y este es de 85 centímetros de circunferencia. La cloaca o colectoras máxima inicia su red en la esquina de las calles Coronel Díaz y Lisandro Moyano y por esta sigue el rumbo hasta el campo General Espejo (*Los Andes*, 21/06/1924).

Años después aparecieron en la prensa notas críticas sobre el trabajo realizado. *La Palabra* acusaba a la empresa constructora de “gravísimas deficiencias” en la edificación de las cañerías y aludía que “el gobierno debe observarlas antes de proceder a su aceptación”. El periódico culpaba a la empresa Parodi y Figgini de haber construido las cañerías de muy mala calidad³⁵ (*La Palabra*, 13 y 14/04/1926). Además, manifestaba que la compañía había contratado personal no capacitado y no había fiscalizado su labor, pagando jornales irrisorios a los obreros: “[...] esto trajo como consecuencia, naturalmente, que gran parte de las tuberías se hundieran a la primera prueba hidráulica y que el resto, vaya sufriendo conmociones que terminarán por inutilizarla en su mayor extensión” (*La Palabra*, 11/06/1926). (imágenes 15 y 16, páginas 74 y 75).

El periódico refería que, debido a los trabajos mal efectuados, constantemente se hundían las calzadas de la Capital (*La Palabra*, 24/06/1926). Asimismo, mencionaba que la refacción de la red implicaría nuevamente levantar las calles.

³⁵ En una nota posterior, del día 10 de junio de 1926, el periódico aludía con respecto a la construcción de las cañerías: “ya hemos dicho que ni las tuberías son de los materiales de que obligadamente deben ser, ni han sido colocadas en la forma de eficiencia y consistencia exigida”. Luego continuaba diciendo “la Dirección de Obras Sanitarias de la Nación (OSN), por intermedio de su oficina técnica, está en el deber de investigar sobre nuestras denuncias y proceder en consecuencia” (...) “no ha de olvidarse que su pasividad parece sospechosa” (*La Palabra*, 10/06/1926).

Luego, el servicio de cloacas fue librado al servicio público en mayo de 1926. Se habían realizado 170 conexiones domiciliarias. En julio de 1927 el número subió a 710, sobre un total de 5000 proyectadas aproximadamente.



Imagen 15. Fotografía de “Los encantos de la colocación de la red cloacal” (*La Palabra*, 11/06/1926).



Imagen 16. Fotografía de obrero removiendo la calzada (*La Palabra*, 12/06/1926).

El director de Salubridad de la provincia, Juan Antonio Orfila, solicitó un año después al director de OSN, Ingeniero Pablo Nogués³⁶, que le informara sobre el estado en que se encontraba la red. En relación con el suministro de agua para el buen funcionamiento de las colectoras, Nogués indicó que las instalaciones habían llegado al límite extremo de su capacidad. Por esta razón el abastecimiento se efectuaba con ciertas restricciones, ya que se habían suspendido las prolongaciones de cañerías de la red distribuidora de líquido para desagüe. Además, el ingeniero explicaba que por el mismo motivo la limpieza de las colectoras se realizaba mediante el uso de los

³⁶ Pablo Nogués nació en Buenos Aires, el 16 de septiembre de 1878 y murió el 14 de enero de 1943. Fue un ingeniero que dirigió varias reparticiones y empresas públicas de Argentina en la primera mitad del siglo XX. Tuvo varios cargos, entre los que destaca particularmente su actuación en la Dirección General de Ferrocarriles, donde trabajó desde 1911 hasta 1918, y posteriormente desde 1932 hasta su muerte. En 1924 el presidente Marcelo T. de Alvear lo nombró al frente de la Dirección General de Obras Sanitarias de la Nación (OSN), donde trabajó hasta la finalización del mandato presidencial en 1928.

canales El Jarillal y Tajamar. Por su parte, Orfila interrogó si se había emplazado o no a los propietarios para llevar a cabo sus respectivas conexiones. Nogués refirió que la escasez en la provisión del líquido era la causa por la cual no se había fijado plazo para que los dueños establecieran las obras domiciliarias y solicitaran las conexiones correspondientes, y lo dejó a voluntad de ellos el hacerlo. Con respecto a las deficiencias en el suministro, señaló que estas quedarían subsanadas cuando se llevaran a cabo las obras de ampliación proyectadas “o sea, el nuevo conducto que cruza la cordillera en túnel, para aumentar la provisión de agua desde el Río Blanco, cuya licitación se halla en trámite” (*Los Andes*, 10/08/1928).³⁷

El número de conexiones cloacales domiciliarias fue aumentando progresivamente; no obstante, los pozos sépticos continuaron funcionando hasta bien entrado el siglo XX³⁸.

3.1.1. El nuevo convenio de provisión de agua potable (1927)

La prensa continuaba haciendo referencia a la insuficiencia del agua potable en ciertas zonas de la capital y a la necesidad de extender el suministro hacia los departamentos. En 1924, Diario *Los Andes* mencionaba la escasez del recurso, principalmente debido al crecimiento poblacional, que había generado el surgimiento de nuevos barrios en la zona del Oeste que, si bien contaban con los demás servicios, carecían de agua, tal como podemos observar en el siguiente mapa (imagen 17, página siguiente):

³⁷ La obra no se realizó en esos años, como veremos más adelante.

³⁸ Incluso en la actualidad hay muchos domicilios que no poseen conexión cloacal en Mendoza. En el plan de ordenamiento territorial de Mendoza, promulgado el 31 de agosto de 2017 bajo el número de Ley 8999 de 2017, promulgada el 31 de agosto de 2017 se estipula necesario mejorar las redes de distribución de agua potable, aumentar el número de conexiones a la red de líquidos cloacales y un abandono progresivo de los pozos ciegos como sistema de tratamiento. Para ampliar información consultar: <https://www.mendoza.gov.ar/ambiente/wp-content/uploads/sites/15/2018/06/PPOT.pdf>



Imagen 17. Plano de las cañerías existentes y proyectadas de agua corriente. Mendoza (1924). Mapa digitalizado y redibujado (Obras Sanitarias de la Nación [OSN], 1924).

La única [agua] de que disponen es la que circula por las acequias, turbia y saturada de residuos, lo que crea un molesto estado de cosas para ese denso núcleo de población, porque además de no ser permanente, es inapta para el consumo (*Los Andes*, 17/06/1927).

Años después el mismo periódico se refería nuevamente a la deficiencia en el servicio de agua:

Hay barrios, como queda dicho, en que el agua potable no existe y otros en que no alcanza para las necesidades de la higiene y del uso doméstico. Millares de familias se ven obligadas así a utilizar el agua de los canales y acequias para satisfacer las diarias exigencias del hogar (*Los Andes*, 09/04/1926).

En otra nota, el periódico señalaba que en algunas zonas de la ciudad la población se proveía de agua potable mediante surtidores públicos. Así, señalaba:

Inconcebible resulta que una ciudad de la importancia de Mendoza, con casi 100.000 habitantes, contemple en algunos de sus barrios el espectáculo anacrónico del surtido de agua por medio de canillas populares, que para reagravar la cuestión no llenan con suficiencia las exigencias más elementales [...] (*Los Andes*, 27/10/1926).

Pero lo más grave es la existencia permanente de un peligro para la salud pública, al verse obligados los consumidores a usar aguas de mala calidad. Este aspecto del problema cuyo abandono significa conspirar contra la salud del pueblo es el motivo más poderoso para mover la atención de las autoridades y disponerlas a subsanar el mal (*Ibid.*).

Del mismo modo, aparecieron notas relativas a la falta de agua en la parte Oeste, entre prolongación General Paz, Boulogne Sur Mer, Coronel Plaza y Tiburcio Benegas. Diario *Los Andes* expresaba que esa zona había sufrido un gran incremento poblacional, particularmente de obreros ferroviarios:

[...] no debiera perderse de vista ningún detalle que signifique, no tan solo un adelanto edilicio en bien de la estética, sino también en beneficio de las necesidades imprescindibles de los habitantes, como son las del agua corriente para el consumo de los hogares que, como hemos podido observar, constituye el más serio problema que son la pérdida de tiempo (*Los Andes*, 29/10/1926).

El periódico argumentaba que en esa zona había una gran cantidad de población y que sus actividades se veían afectadas porque debían acudir a los surtidores para obtener el suministro de agua (imagen 18, página siguiente). Por lo tanto, esto significaba una pérdida de tiempo dedicado a la escuela o al trabajo, según el caso.



Imagen 18. Fotografía de la población que acudía al surtidor público a proveerse de agua (La Quincena Social, 30/03/1924).

Los surtidores se encontraban en los siguientes lugares: uno a la altura de la calle General Paz prolongación oeste y en la intersección con la calle Tiburcio Benegas, y otro sobre calle General Paz y calle Nueva (actual Coronel Rodríguez). No había otros surtidores proveedores cercanos, por lo que los habitantes que vivían más retirados tenían que proveerse del que se había instalado en el Tiro Federal, con la consiguiente incomodidad de la distancia (*Los Andes*, 29/10/1926).

Por un lado, en la prensa se explicaba que se carecía del agua necesaria para ser usada en ambas redes, tanto en la red cloacal como en la red de agua potable. Por este motivo, se propusieron planes para conseguir mayor cantidad de líquido. Una de estos consistía en utilizar el agua del Río Mendoza, que requería un tratamiento más complicado que la propia del Río Blanco, debido a las características del primero, que tenía condiciones de potabilidad mediocre según la clasificación adoptada por los higienistas.

Por otro lado, denunciaba a la dirección de OSN y declaró que no se ocupaba de Mendoza:

El gobierno nacional continuamente invierte grandes cantidades de dinero en la construcción de diversas obras públicas, en el interior del país. Esa preocupación no es equitativa, en cuanto varias provincias, especialmente Mendoza, no perciben los beneficios del poder federal (*Los Andes*, 08/11/1926).

En cuanto a las obras de carácter público, puede decirse que su carencia es absoluta y origina serios trastornos, como ocurre con los servicios sanitarios, especialmente el del agua potable; constituyendo ello un problema que reclama impostergable solución (*Ibid.*)

Si bien el presidente Marcelo Torcuato Alvear (1922-1928) había pactado con los lencinistas, como con otras tendencias anti-yrigoyenistas provinciales, las obras públicas nacionales a efectuar en Mendoza no constituían una prioridad³⁹.

El director de OSN, ingeniero Pablo Nogués, respondió a una carta del Ministro de Obras Públicas de Mendoza y defendió la gestión nacional, diciendo que las obras proyectadas estaban

³⁹ Con anterioridad a la elección de Alvear, ya se vislumbraba en el partido radical una división a nivel nacional, lo que repercutió también en las provincias. Por un lado, se encontraba el grupo encabezado por Yrigoyen (yrigoyenistas/ personalistas) y, por otro, el grupo dirigido por Alvear (alvearistas/anti-yrigoyenistas/anti-personalistas). Si bien en abril de 1927 se constituyó la Convención Nacional de la UCR anti-personalista, esta escisión comenzó a manifestarse aun antes de que el radicalismo triunfara en las elecciones presidenciales de 1916. Alrededor de Alvear se agruparon los sectores anti-personalistas del partido radical que trataban de instrumentar una fuerza oficialista para conservar los resortes del poder. Decían interpretar los mandatos del fundador del radicalismo, Leandro N. Alem, mandatos que su heredero político había desvirtuado. Buscaban propiciar un radicalismo institucional y liberal que exaltara el individualismo democrático en abierta oposición al liderazgo de quien, al evitar una postura programática clara y firme, había convertido al radicalismo en un movimiento regenerador de carácter populista que apelaba más a los sentimientos que a la razón. La escisión era el resultado de un largo proceso de enfrentamiento y lucha por el poder en el interior del partido, proceso durante el cual operaron distintas variables: discurso ideológico, participación en la dirección del partido, relaciones entre comités provinciales y organismos partidarios de conducción nacional, ambiciones personales. Para ampliar sobre esta disputa entre anti-personalistas y personalistas consultar: Piñeiro, 2007.

siendo efectuadas. Se habían construido ya los nuevos depósitos de agua para paliar la escasez de agua y que:

[...] a fin de demostrar la buena disposición de esta institución hacia ese gobierno (refiriéndose al gobierno de Mendoza), he ordenado se prepare un proyecto de máxima de una ampliación de las obras de provisión de agua del Río Mendoza, pudiendo significarle desde ya, que como solución definitiva del problema ninguna otra aventajará a la que está en curso de ejecución, del punto de vista higiénico y del económico [...] (*Los Andes*, 17/02/1927).

Meses después, la prensa volvía a referirse a la escasez de agua potable en la ciudad y criticaba la propuesta de OSN referente a realizar un acueducto mediante la perforación de una montaña y la construcción de un túnel de más de quince kilómetros en el cual se instalaría un caño. Se manifestaba que esa obra implicaría mucho tiempo de ejecución (calculaba diez años) y un presupuesto mayor al que se había estipulado, con el consecuente perjuicio económico para la provincia. Ante esta situación, se proponía entonces dejar de lado la obra proyectada, “el acueducto salvador y fantástico”, y se postulaba que el procedimiento más viable, más económico y rápido sería la colocación de un caño supletorio que, conectado con las fuentes del Río Blanco, “promueva el aumento de la provisión de agua potable y resuelva, bien que transitoriamente, el gravísimo problema” (*Los Andes*, 23/11/1927). Esto demuestra el escaso conocimiento que poseía la institución nacional sobre las características propias de Mendoza y sobre las condiciones reales de los servicios locales (Luis y Raffa, 2022)⁴⁰.

Frente a la escasez, en diciembre 1927, se aprobó otro convenio mediante el cual se preveía dotar de agua proveniente del Río Blanco y afluentes a la ciudad⁴¹, como podemos observar en el

⁴⁰ Para ampliar información sobre el vínculo Nación-provincia *Cfr.*: Luis y Raffa (2022).

⁴¹ Este proyecto de ley había sido aprobado en senadores y luego sancionado definitivamente en diputados el día 21 de diciembre de 1927. El entonces gobernador, Alejandro Orfila, explicaba que la Dirección de Obras Sanitarias de la Nación (OSN) había realizado un convenio para proveer de agua potable y cloacas a la ciudad de

mapa. Este fue ratificado por la Ley Provincial 931 de 1927, que decía en su primer artículo:

Art. 1: Desde la promulgación de la presente ley, las dotaciones de agua del Río Blanco y sus afluentes, serán destinadas en la totalidad de su caudal y hasta su confluencia con el Arroyo del Salto, a la provisión de agua potable para la ciudad de Mendoza y departamentos circunvecinos (Ley 931 de 1927).

La argumentación legislativa del proyecto giró en torno a la necesidad de que el Estado interviniera ante la insuficiencia del servicio. La obra no se concretó en la década del 1920⁴²; no obstante, se realizaron trabajos menores para paliar la escasez de agua potable en la ciudad, como la construcción de nuevos depósitos de agua en Alto Godoy. Asimismo, se establecía que la provincia cedería una manzana de terreno al Estado Nacional, para establecer allí el edificio de OSN⁴³. El traspaso de la propiedad era provisorio. Obras Sanitarias emitiría bonos, con los cuales se pagaría a la empresa constructora. Estos bonos serían pagados por los contribuyentes como retribución por los servicios recibidos, y una vez que los gastos fueran amortizados, el gobierno nacional se comprometía a devolver la propiedad a la provincia. La construcción del edificio (imagen 19, página siguiente) se retrasó debido a la intervención federal de 1928, siendo finalmente inaugurado en 1931.

Mendoza. Explicaba que la institución había solicitado la entrega de los terrenos necesarios para la ejecución de la obra en 1924; no obstante, como el gobierno provincial fue intervenido ese año, se frenó la ejecución de esta (*Los Andes*, 15/06/1927).

⁴² No conocemos con certeza en qué año se efectivizó la obra, ya que luego de sancionada la ley y aprobado el convenio respectivo la provincia sufrió intervención federal por dos años y posteriormente se asistió al golpe de Estado de 1930.

⁴³ Para concretar este proyecto, se aprobó el decreto del 19 de junio de 1918 que ponía a disposición de Obras Sanitarias de la Nación (OSN) una manzana de terreno entre las calles Belgrano, Montevideo, Tiburcio Benegas y Rivadavia para que se levantaran allí las construcciones de Obras Sanitarias.



Imagen 19. Fotografía del edificio de la Administración de Obras Sanitarias en Mendoza (Gellon, 1937: 347).

Otra medida para paliar la escasez de agua potable fue la reglamentación implementada por la Dirección de Salubridad (Resolución 1081 de 1927), que establecía la obligatoriedad de instaurar bebederos higiénicos en los establecimientos industriales y comerciales (*Los Andes*, 31/12/1927). Asimismo, determinaba colocarlos en otros lugares de gran concurrencia, como las escuelas y dependencias sanitarias. La prensa expresó el beneficio que implicaba el uso de estos bebederos y exhortó a que se instalaran además en los paseos públicos, como el Parque General San Martín y las plazas de la ciudad (*Los Andes*, 22/09/1928).

3.2. La extensión del servicio de agua potable a los departamentos

Como se mencionó, en la década del 1920, los gobiernos lencinistas propusieron medidas tendientes a extender la infraestructura básica de servicios⁴⁴ no solo en la Capital, sino también en las poblaciones de menor tamaño. De hecho, es posible observar este fenómeno de igual forma en otros asuntos relativos a la salud, como la construcción de centros asistenciales, tal como analizaremos en el capítulo 4. Igualmente, es importante señalar que, más allá del ideario lencinista, ampliar el número de conexiones de agua y cloacas era considerado una prioridad por todas las tendencias políticas. El diputado Corominas Segura, opositor al lencinismo dirigente, alegaba en la sesión legislativa del 14 de mayo de 1926:

El sector liberal va a votar favorablemente el proyecto de ley que ha despachado la comisión de obras públicas, porque entiende que se trata en realidad de una necesidad de las poblaciones de campaña, y manifiesta al mismo tiempo la aspiración de que a igual finalidad se llegue en todas las villas departamentales [...] se trata de una obra necesaria, imprescindible, de orden público⁴⁵ (Corominas Segura, 1926).

⁴⁴ Desde antes de la elección gubernamental, José N. Lencinas prometía fomentar obras de salubridad pública. Decía en un discurso antes de ser elegido gobernador: "Los hombres de ese funesto régimen de cincuenta años que aun pretenden imponer a Mendoza un nuevo período de oprobios y saqueo, jamás se ocuparon de cuidar a ese pueblo a quien tanto han deprimido. Para ellos la salubridad pública fue siempre un asunto secundario y cuando iniciaron algo a ese respecto, como lo sucedido con los célebres pozos sépticos, resultó un verdadero desastre en la verdadera acepción de la palabra. Hay, pues verdadera urgencia en llegar a solucionar este punto que es de capital importancia para la vida y la salud de nuestros habitantes. Tiene que ser la principal preocupación de todo gobernante que ame a su pueblo y desee que Mendoza sea la primera capital de provincia argentina en llenar ese claro, que tantas vidas está costando" (Nieto Riesco, 1926b: 251-252).

⁴⁵ La intervención de Corominas Segura fue en relación con el proyecto de ley sobre la extensión del servicio de agua potable a General Alvear y Pueblo Luna. Al respecto, el diputado Moretti se refirió a que "estaba acostumbrado a que los señores diputados por la minoría (bloque liberal), no digo que sistemáticamente, pero sí en casi todos los casos, hagan objeciones a ciertos proyectos". Estaba preparado para argumentar

Previo a la gestión lencinista, ya se había extendido el servicio hacia los departamentos de Maipú (1917)⁴⁶, Luján de Cuyo (1908-1919)⁴⁷ (imagen 20) y Godoy Cruz (1918). Si bien estaba proyectada la extensión del servicio a San José, distrito del departamento de Guaymallén, este no se extendió en ese momento, sino varios años después, en 1922.

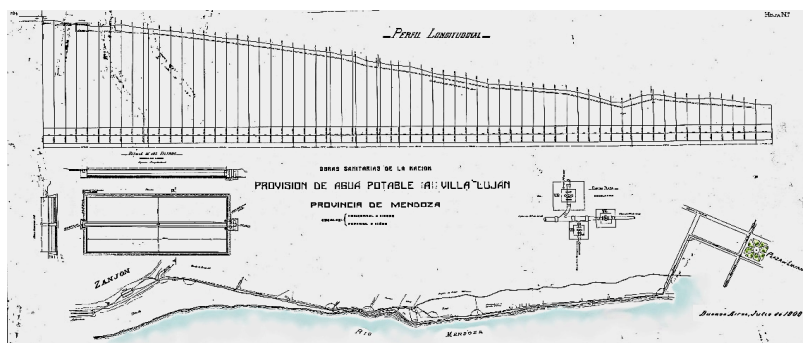


Imagen 20. Mapa de provisión de agua potable a Luján 1908 (Obras Sanitarias de la Nación [OSN], Buenos Aires, 1908).

Los dirigentes argumentaban la obligación de cubrir una necesidad básica para la población. En la sesión legislativa del 6 de junio de 1923, el senador Manual Molina señalaba: “es público y notorio la importancia que esta obra tiene para los

largamente a favor, pero como los liberales estuvieron de acuerdo con el proyecto, se abstuvo de dar argumentaciones innecesarias.

⁴⁶ El 15 de diciembre de 1917 se terminaron completamente las obras de provisión de agua a la Ciudad de Godoy Cruz, y el 23 de marzo de 1918, en Maipú. En Maipú, el servicio de agua potable dependía del municipio, y estimamos que en Luján también, ya que en las Memorias del Directorio de Obras Sanitarias de la Nación (OSN) solo aparece la extensión a Godoy Cruz en esa fecha (*La Semana*, 22/05/1918; Nieto Riesco, 1926b: 273).

⁴⁷ El diputado Magistocchi informaba, refiriéndose a una solicitud para otorgar agua potable al vecindario de Chacras de Coria, que “esto lo ha hecho la Villa de Luján, porque tiene más recursos” (Magistocchi, 1919). Es decir, que ya en 1919 se había extendido el servicio hacia el Departamento de Luján de Cuyo. El mapa de AYSAM data de 1908.

departamentos a que hace referencia el mensaje del Poder Ejecutivo y el respectivo proyecto de ley” (Molina, 1923).

De este modo, el gobierno firmó un convenio con OSN, ratificado por Ley 813 de 1923 para la provisión de agua potable a la ciudad de San Rafael y los departamentos de Rivadavia, Junín y San Martín. Esta normativa fue sancionada el 7 de junio⁴⁸ de 1923 por la Cámara de Diputados⁴⁹.

Los trabajos solían demorar varios años, en gran parte debido a que eran paralizados por las intervenciones federales. Tal es el caso de la provisión de agua a San Rafael, ya que, si bien el convenio fue aprobado a mediados de 1923, recién en 1928 se encuentra registro gráfico de la extensión de la red (imagen 21).

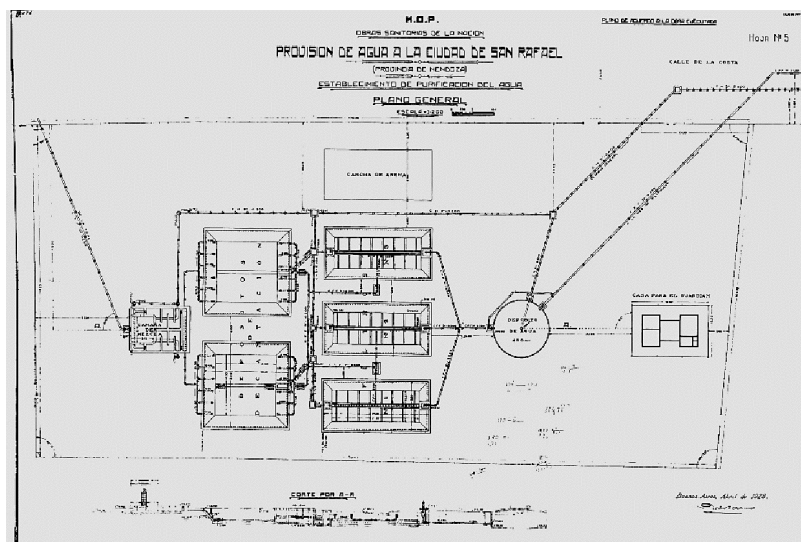


Imagen 21. Mapa de provisión de agua a San Rafael (1928) (Obras Sanitarias de la Nación [OSN], 1928).

⁴⁸ El día anterior había sido aprobado por la Cámara de Senadores.

⁴⁹ En marzo del año siguiente la prensa anunciaba la ejecución de las obras. Decía: “En el curso de este año se empezarán los trabajos necesarios para la dotación de aguas potables por primera vez en los departamentos de Las Heras, San Rafael, Junín, Rivadavia y San Martín” (*Los Andes*, 22/03/1924).

Al año siguiente se aprobó otro convenio con OSN para proveer de agua a Tunuyán (Ley 870 de 1924)⁵⁰. Luego, en 1926, la legislatura aprobó otro contrato para dotar de agua potable al departamento General Alvear y Pueblo Luna (Ley 887 de 1926: “Agua potable para General Alvear y Pueblo Luna: expropiación de terrenos. Convenio con el Gobierno de la Nación)⁵¹. Del mismo modo, aunque sin exigir ratificación legislativa del documento⁵², en 1925 se había aprobado el convenio para extender el servicio a Las Heras.

En cuanto a la realización de las obras en Las Heras, el diputado Lugones hacía referencia a la relegación social del departamento frente a la capital mendocina, en la sesión legislativa del 27 de noviembre de 1923:

[...] por su situación geográfica, los habitantes de Las Heras se ven obligados a consumir agua de desagües que pasan por el municipio de Capital, con la consecuente contaminación que estas conllevan [y por ello] las enfermedades endémicas cunden en este departamento (Lugones, 1923).

La escasez de políticas públicas implementadas en ese departamento generó su relegación, por lo que se hizo evidente la marginalidad de la zona en el equipamiento y ordenamiento territorial provincial, situación que persistió a lo largo del siglo XX. Es importante mencionar que Las Heras había sido desatendida desde el terremoto de 1861. El crecimiento de

⁵⁰ Este proyecto se trató y aprobó en la Cámara de Senadores el 19 de noviembre de 1923, y fue aprobado definitivamente el 4 de julio de 1924 en la Cámara de Diputados.

⁵¹ Este proyecto se trató en la Cámara de Senadores el 13 de abril y finalmente fue aprobado el 14 de mayo de 1926 en la Cámara de Diputados.

⁵² En 1924 se había realizado el convenio para otorgar agua potable a Las Heras y el 11 de julio de 1924 se había remitido a la Cámara de senadores; no obstante, el 12 de septiembre de 1925 la oficina de Obras Sanitarias de la Nación (OSN) informó al Ministerio de Obras Públicas no ser requisito indispensable para la ejecución de las obras la aprobación legislativa del expresado convenio. Sin embargo, a pesar de que se estableció no ser indispensable, se continuó ratificando por costumbre. Así, el Poder Ejecutivo lo ratificó en febrero de 1926 y dispuso el retiro del expediente de la Legislatura.

Mendoza que recibió mayor atención estatal se generó en los espacios ubicados hacia el Sur y el Este de la capital (cuyo municipio fue creado en 1868). Con posterioridad, el insuficiente control de los conventillos, la falta de agua potable y la colocación luego del Campo General Espejo como sitio donde desembocaban los desechos cloacales muestran que continuaba siendo una zona desatendida por los dirigentes y destinada a la residencia de las clases populares.

Como mencionamos anteriormente, el retraso en la ejecución de las obras sanitarias fue generado en gran medida por el cambio de dirigentes provinciales, producto de las intervenciones federales o debido a que se priorizaba la ejecución de otros trabajos. No siempre el tiempo de la política —proyectos, sanción de leyes de extensión del servicio— fue y es igual al tiempo de las obras públicas. La prensa denunciaba cómo estas obras habían quedado obsoletas con el paso del tiempo, como en el caso de Villanueva. En septiembre de 1924, ante las solicitudes del gobernador Carlos Washington Lencinas, la Dirección de OSN decidió instalar una cañería distribuidora de agua corriente en la calle Nueva, entre las de Saavedra y Catamarca de San José, Guaymallén (*Los Andes*, 19/09/1924). No obstante, la obra demoró muchos años en realizarse. De hecho, a fines de 1927 la prensa refería que el expediente se hallaba paralizado en la cartera administrativa de la Dirección de OSN. El periódico señalaba que la población había crecido mucho desde que se realizó el cálculo técnico, por lo que era probable que fuera necesario un reajuste del presupuesto destinado a la ejecución de la obra (*Los Andes*, 30/12/1927), de esa manera se mostró cómo el proyecto había quedado vetusto.

A modo de síntesis, a fines del siglo XIX y durante las primeras décadas del siglo XX se extendió el servicio de agua potable, se iniciaron las obras cloacales en la capital de Mendoza y se aprobaron los convenios para explotar y extender el servicio de agua potable a los departamentos de Maipú, Godoy Cruz, Luján de Cuyo, San Rafael, San Martín, Rivadavia, Junín, Tunuyán, Las Heras y General Alvear. No obstante, ciertos lugares postergados, como la zona de la ciudad antigua y Las Heras

continuaron marginados y no formaron parte de las acciones o propuestas prioritarias de los gobernantes. De hecho, los residuos de la red cloacal se desviaron a este departamento y de ese modo se continuó con la desjerarquización de este sector del espacio urbano.

Ahora bien, más allá de los avances formales (convenio-proyecto de ley con OSN), durante las primeras décadas del siglo XX el servicio otorgado por OSN se extendió efectivamente a Godoy Cruz y Guaymallén, cuyas conexiones domiciliarias fueron libradas al servicio público en diciembre de 1922⁵³ (OSN, 1923: 259), y en 1928 a San Rafael y Tunuyán (OSN, 1933). En 1928 el número total de conexiones a nivel provincial que dependían de OSN llegó a 8017, y ese mismo año el servicio llegó a los departamentos de San Rafael con 831 conexiones y a Tunuyán con 117 (OSN, 1933). Además, en Maipú y en Luján se contaba con conexión domiciliaria de agua potable, según el servicio del municipio respectivo⁵⁴ (imágenes 22 y 23, página siguiente).

⁵³ Entonces, a mediados de la década de 1920 solo algunos departamentos aledaños a la Capital contaban con servicio: Godoy Cruz, Guaymallén (Obras Sanitarias de la Nación [OSN]); Maipú y Luján (que dependían del municipio).

⁵⁴ No obtuvimos datos sobre la cantidad de conexiones en los municipios de Maipú y Luján.

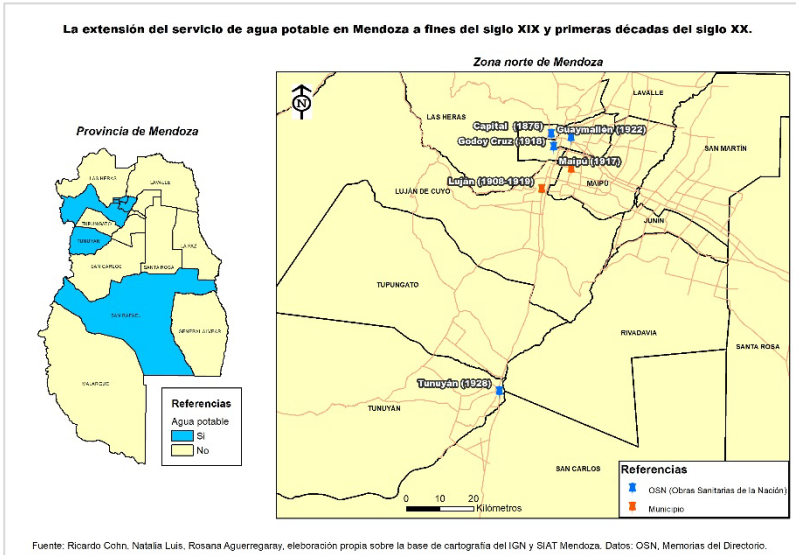


Imagen 22. Mapa de extensión del servicio de agua potable en Mendoza confeccionado por Ricardo Cohn, Natalia Luis y Rosana Aguerregaray, basado en la cartografía del IGN y SIAT Mendoza y Obras Sanitarias de la Nación (OSN), Memorias del Directorio.

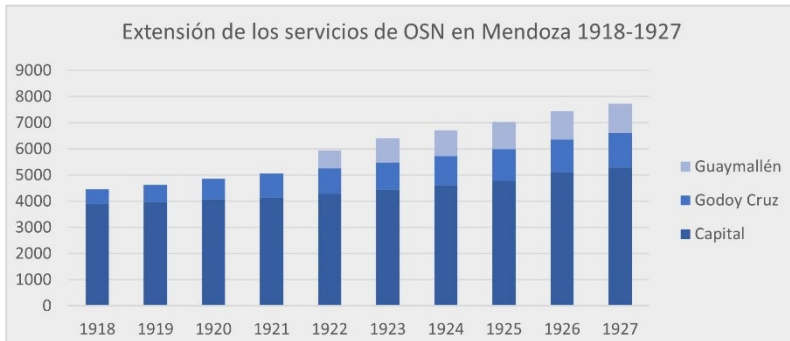


Imagen 23. Gráfico de la extensión de los servicios de Obras Sanitarias de la Nación (OSN) en Mendoza (Luis y Aguerregaray). Elaboración propia basada en OSN, Memorias del Directorio 1918-1927.

Tal como desarrollamos a lo largo del capítulo, los servicios sanitarios fueron considerados una necesidad de orden público. La ejecución de las obras de infraestructura fue una respuesta estatal ante una necesidad básica de la población. Hubo consenso sobre la urgencia de satisfacer estos aspectos debido a los resultados de los informes sanitarios, que observaron la escasez de los servicios de agua potable y la inexistencia de red cloacal, y las consecuencias nefastas que ocasionaban sobre la salud de la población, como veremos en el siguiente capítulo que trata sobre las epidemias durante este período.

Capítulo 3

Los brotes epidémicos. Representaciones, discursos y prácticas profilácticas

La epidemia ha hecho pues, su segunda elección en otra agrupación densa, en que las reglas individuales de higiene son de difícil observancia, por la situación moral de aquellos infelices y hasta por la depravacion de sus inclinaciones y apetitos (El Ferrocarril, 10/12/ 1886).

El estado sanitario de Mendoza se vio afectado por las consecuencias del terremoto de 1861, las condiciones habitacionales deficientes y la escasez de los servicios básicos, como el agua potable y la red cloacal. Estos aspectos contribuyeron a la mala situación de salubridad y la propagación de diferentes enfermedades que diezmaron la población.

En conjunto con los informes propuestos por los higienistas, los dirigentes políticos establecieron medidas para mejorar las condiciones sanitarias, prevenir y paliar las dolencias. No obstante, los avances de la bacteriología no fueron incorporados y aceptados de forma inmediata, y coexistieron la mayor parte del período con muchas de las explicaciones vinculadas a la teoría miasmática⁵⁵, como el descubrimiento del bacilo Koch. En

⁵⁵ La teoría miasmática planteaba que las emanaciones y efluidos de materiales orgánicos en descomposición eran los propagadores de las enfermedades infectocontagiosas, ya que estos transportaban partículas que al ingresar al cuerpo

las enfermedades, por ejemplo en el caso particular de la tuberculosis, se adoptó un relato etiológico que

[...] reconocía la existencia de una alteración del flujo de fluidos en el cuerpo generada por la presencia de materias externas que disparaban un progresivo deterioro, siendo los propensos a contraer la enfermedad los pobres, delgados y débiles, los que vivían en ambientes urbanos insalubres, los que sufrían afecciones morales y practicaban excesos venéreos, los que llevaban una vida sedentaria (Armus, 2007: 137-138).

Así, las pestes estaban asociadas a las viviendas, la herencia biológica, las costumbres de aseo y alimentación, al campo laboral y a los sectores de menor poder adquisitivo (Armus, 2007).

Si bien la revolución pasteuriana influyó en las representaciones y las estrategias sociales, al considerar que el germen microbiano podía afectar a todos los individuos (Corbin, 2002: 245-246), continuó vinculándose los gérmenes con la suciedad y con las clases pobres de una manera sutil. Siguió las mismas estrategias sanitarias ideadas para controlar las epidemias⁵⁶. Varias de las medidas clásicas —desinfección, detección y posterior destrucción de focos de infección, control de las viviendas y de los barrios populares— que fueron aplicadas por los higienistas, en su gran mayoría infeccionistas, lejos de desaparecer, encontraron en las investigaciones pasteurianas un sustento teórico (Caponi, 2002c, 592). Tanto para los higienistas pre-pasteurianos como pos-pasteurianos su discurso giró en torno de la vivienda popular, la pobreza y la desigualdad social, ya que ambos consideraban que la amenaza parecía estar en el aire, en el ambiente donde se respiraba. Así, la nueva higiene —heredera de la microbiología— “no necesitaría romper

humano provocaban la dolencia. Por ello, se creía que los miasmas infectaban el aire e incubaban epidemias (Carbonetti, 2007).

⁵⁶ En este trabajo nos centramos en aquellas enfermedades que tuvieron un gran impacto en la tasa de mortalidad de la población mendocina y que se manifestaron en la prensa de la época. Si bien el bocio es una dolencia propia de la provincia, no generó grandes porcentajes en la tasa de mortalidad.

con mitos climáticos ni superar las ideologías del pesimismo sanitario. No venía a negar, sino a auxiliar y a legitimar las intervenciones de los higienistas clásicos preocupados por el saneamiento urbano” (Caponi, 2002^a: 125). Tal como sostiene Caponi (2002a), hubo una articulación entre los clásicos y los nuevos higienistas, quienes proponían combatir aquello que amenazaba el estado sanitario de la ciudad y la población.

Las nuevas conductas higiénicas implicaron un esfuerzo de *marketing* social, tanto a fines del siglo XIX, cuando dominaba un discurso basado en el temor y una higiene defensiva que combatía todos los peligros, como a partir de la década de 1920, cuando se centró en la vida sana y la higiene positiva. Su desagregación se inició, entonces, como

[...] una consecuencia del pánico al contagio, transmutó en una cuestión de salud pública, particularmente relevante en la vida de los pobres, y se fue centrando en ciertos grupos sociales, definidos ante todo por su ocupación o su vivienda y no tanto, como en el pasado, por sus estilos de vida o su moralidad (Armus, 2007: 398).

Durante fines del siglo XIX, en Mendoza, las ideas y discursos también comenzaron a ser deudores de esta creencia, como se deja ver en la prensa durante el desarrollo de la epidemia de cólera. En un artículo se solicitaba a las autoridades municipales que los carros fúnebres, los cuales trasladaban los cadáveres coléricos por la calle Bolivia hacia el cementerio, fueran conducidos por otras vías menos pobladas, ya que los vecinos no podían ventilar sus viviendas por temor al contagio (*Los Andes*, 22/12/1886). Simultáneamente comenzaban a aparecer otros discursos contrarios a estas creencias que afirmaban que el cólera no se transmitía porque la persona exhalara el aire en donde se encontraba el cuerpo, pues por ese medio no se trasmitían los gérmenes (*Los Andes*, 22/12/1886).

Gracias a la bacteriología y la microbiología se incorporaron nuevos conocimientos que marcaron el punto de partida del poder médico sobre el resto de la comunidad. Según Di Liscia (2000), el control médico fue un proceso que implicó esfuerzos

tendientes a homogeneizar las prácticas curativas y no una cuestión automática en la que las autoridades acordaban totalmente entre sí y con los facultativos e instituciones sanitarias, cuestiones que profundizaremos en el próximo capítulo. Estos profesionales se vincularon con las diferentes instituciones estatales y establecieron de forma fehaciente una capacidad superior para resolver problemas de salud urgentes, como fueron las epidemias.

En la provincia, la Dirección General de Salubridad persiguió al curanderismo para favorecer a los médicos (*Los Andes*, 14/05/1926) y a las clases pobres, ya que se decía que abandonaban a sus moribundos en manos de los curanderos (Lemos, 1897: 170). En ese sentido, se buscó alejar a dichos grupos de las “explotaciones y errores” de los charlatanes y difundir “las prescripciones científicas que curan y evitan las enfermedades e impiden su propagación (sic)” (Ceretti, 1903, 193: 57-58).

1. Noción de peligro: los “culpables” de las enfermedades

Hacia fines del siglo XIX, comenzó a gestarse un nuevo concepto de salud, vinculado a la medicalización de la sociedad y al rol creciente de los médicos en todos los aspectos de la vida de las personas: sus enfermedades, su alimentación, su moral. De este modo, la salud era entendida como una trama articulada de bienestar físico, psíquico y moral. Esto dio lugar al concepto de higiene social, la rama de la medicina que intentaba evitar que unos pocos sujetos por medio de sus dolencias menoscabaran el cuerpo social. De esta manera, fue necesario el control de los sectores considerados potencialmente peligrosos para cuidar la salud del resto de la población (Ferrari, 2014).

Por medio del higienismo, se determinaron las políticas estatales sanitarias y de salud, y se establecieron normas que permitieron el control y disciplinamiento de la población. Además, este discurso “recorrió el entramado social inaugurando una nueva manera de concebir lo ‘peligroso’ (peligro biológico),

resignificando objetivos de la defensa social (bajo una concepción biológica cobra fuerza un imperativo: el individuo único custodio del plasma germinativo)" (Vallone, 2009: 72). De tal forma, lo peligroso fue todo aquello que atentaba contra el orden establecido y provocaba un desajuste en el proyecto hegemónico de la Argentina moderna, basado en el orden y progreso. De esta manera, el discurso higienista se centró en la preservación de la raza, la salud y la moral (*Ibid.*: 17 y 73) y, a partir de la configuración de la categoría de lo "peligroso", comenzaron a delinearse los espacios marginales de contención de estos sectores, tales como los arrabales y los conventillos, también comenzaron a definirse las pautas culturales asociadas a la miseria, el alcoholismo, las enfermedades y la prostitución (*Ibid.*: 40).

Estas tramas conceptuales también se vieron reflejadas en las ideas y los discursos de la élite mendocina, durante el desarrollo de las epidemias, y fue posible vislumbrar dos matizadas voces, ambas pertenecientes a dicho grupo. Por un lado, estaban los sujetos que pertenecían al sector dirigente, quienes entendían que era su deber aplicar políticas públicas en busca del disciplinamiento de la población. Por el otro, aquellos que, si bien no detentaban cargos políticos, sí tenían injerencia en el campo público e interpelaban a los dirigentes por medio de sugerencias o críticas sobre lo que debía realizarse durante estas coyunturas. En varias ocasiones, este discurso político y científico, apoyado por las autoridades eclesiásticas, se entrecruzó con cuestiones de carácter religioso para legitimar las argumentaciones sobre los brotes⁵⁷.

⁵⁷ Hemos considerado enfermedades infectocontagiosas a aquellas que menciona la documentación de la época: fiebre tifoidea, tífus exantemático, viruela y varioloide, escarlatina, peste bubónica, disentería infecciosa, infección puerperal, meningitis cerebro espinal epidémica (Ceretti, 1902. 365-365); y aquellas que según estas y los medios tuvieron un desarrollo epidémico: cólera, difteria, viruela, tuberculosis, "grippe".

1.1. “A quien le venga el sayo...”: discursos de la élite durante la epidemia de cólera (1886-1887)

En los comienzos de la epidemia, las autoridades provinciales optaron por ocultar los casos, sin embargo, la prensa local daba lugar a extensas notas acerca de cómo prevenir y curar esta dolencia. Además, denunciaba que se adulteraban los certificados de defunción, se atribuía la causa de muerte a enteritis producida por desarreglos alimenticios. Incluso, hasta las autoridades del lazareto municipal afirmaban “que todos los enfermos que allí morían no eran coléricos, sino borrachos consuetudinarios, octogenarios que habían comido fruta verde, enfermos crónicos incurables” (Lemos, 1973: 134). A todo ello se sumaba la prohibición de publicar las listas de defunción con sus respectivas causas. Ante esta situación, desde el periódico se solicitaba que se esclareciera la presencia de esta enfermedad, ya que cuando se producía un caso sospechoso la municipalidad ocultaba el diagnóstico y vetaba que se hablara del hecho. Así, impedía que se procediera de forma inmediata a la aplicación de las medidas que la ciencia aconsejaba, entre otras, la quema de la cama y ropa de la víctima. Esto, por el contrario, fomentaba la “fantasía popular” en torno de la enfermedad e introducía la alarma en los barrios (*Los Andes*, 16/12/1886). Este silencio, por parte de las autoridades, buscaba evitar el pánico del pueblo, pero a pesar de los intentos la situación se tornó insostenible, ya que en un solo día fallecieron 78 personas. La provincia no contaba con el personal necesario para poder dar sepultura a tantos cuerpos (Lemos, 1973: 135) (imagen 24, página siguiente).

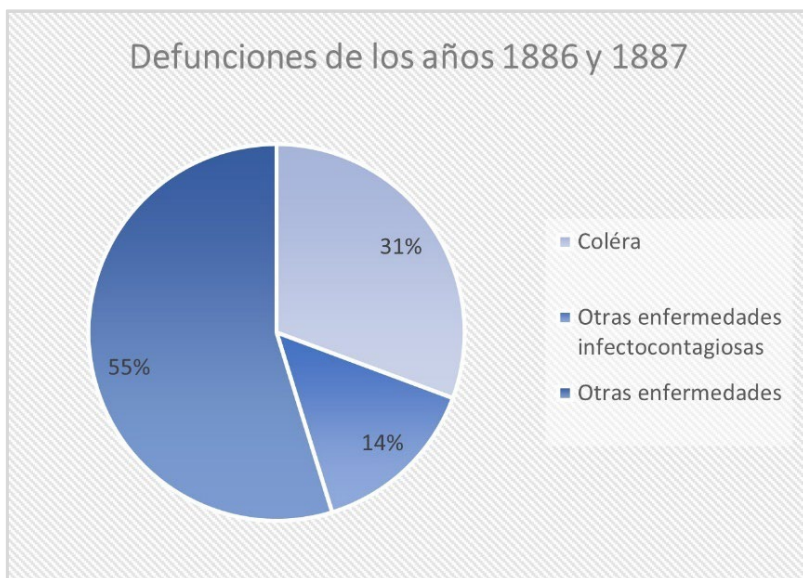


Imagen 24. Gráfico de defunciones de los años 1886 y 1887 (Aguerregaray Castiglione y Luis). Elaboración propia a partir de los datos de Coni (1897: 446 y 447).

La élite dirigente vinculó la noción de “peligro” con todo sujeto, objeto o acontecimiento asociado a los sectores populares y a sus ámbitos urbanos, tal como en Mendoza era la ciudad antigua y los arrabales. Estas consideraciones eran deudas del concepto de que la enfermedad era causada por algún factor exógeno al cuerpo humano (Ponte, 1999: 207). Como ejemplo, podemos citar que durante la intendencia de Lagomaggiore se expulsó hacia los arrabales todo aquello que era considerado peligroso “como si las bacterias y la contaminación supieran de límites” (Cirvini, 1989: 112). Se indicaron aquellos lugares que eran propensos para el desarrollo del cólera, uno de estos fueron las grandes ciudades⁵⁸, donde se producía el hacinamiento de la población, y se suponía que “mientras mas

⁵⁸ Si bien la nota hace mención a La Boca, ciudad de Buenos Aires, menciona espacios similares a los de la provincia, además, nos habla de las ideas y preocupaciones de la época en el país.

gente hay menos higiene (sic)", así como también los hospicios de dementes, como podemos observar en la nota siguiente:

[...] la epidemia ha hecho pues, su segunda elección en otra agrupación densa, en que las reglas individuales de higiene son de difícil observancia, por la situación moral de aquellos infelices y hasta por la deprevación de sus inclinaciones y apetitos (sic) (*El Ferrocarril*, 10/12/1886).

También los conventillos fueron considerados focos de peligro por el hacinamiento, no obstante, por ser de menores dimensiones, "esta[ban] más sujetos a la observación de las comisiones sanitarias y [podían] ser desalojados cuando se encuentren en condiciones peligrosas". Se creía que el cólera buscaba poblaciones densas y en malas condiciones de higiene (*Ibid.*). Así, durante el desarrollo del flagelo, las Comisiones de Comercio recorrieron los barrios más pobres de la ciudad. En sus informes determinaron que una gran cantidad de enfermos y muertos no había recibido el auxilio correspondiente y fallecía sin asistencia médica, sin pan y sin remedios (*Los Andes*, 23/12/1886).

De este modo, se generaba un círculo vicioso. Por tal motivo, se desplazaba hacia ciertos ámbitos a los grupos considerados potencialmente favorables para el desarrollo de las enfermedades, debido a sus costumbres supuestamente poco higiénicas. En este sentido, se estigmatizaba a esos mismos espacios, intentaban controlarlos a partir de diversos dispositivos.

El sector Este de la ciudad fue asociado a los segmentos de menos recursos y, por lo tanto, considerado una constante amenaza para el resto de la población. Además, debemos recordar que en este sitio se encontraban las ruinas de la antigua ciudad, donde todavía se hallaban los restos humanos de las víctimas del terremoto, así como también, todo tipo de basuras e inmundicias (*Los Andes*, 21/01/1887). Distinta situación presentaba el sector Oeste, asociado a las clases más acomodadas. Se creía que tenía un buen estado higiénico debido a que contaba con muy pocas defunciones debido al cólera (*El*

Ferrocarril, 11/05/1887). Por este motivo, se constituyeron varias comisiones; entre ellas, la de Comercio y de Vecinos, que tenía el deber de inspeccionar los domicilios y determinar las medidas que debían efectuarse en un tiempo pautado porque, en caso contrario, se multaría al propietario (*La Palabra*, 28/12/1886; *El Ferrocarril*, 14/11/1886). Así también la asociación de la Cruz Roja y Popular, quienes ofrecieron auxilios a los enfermos en los sitios más alejados de la provincia (Memoria de la Municipalidad de la Ciudad de Mendoza, correspondientes a los años 1884 2º semestre, 1885, 1886, 1887, 1887: 35).

No obstante, hacia noviembre de 1887 —luego del cólera— se manifestaba que la sección Este continuaba con las “calles sucias, llenas de lodo, polvo, basuras y cuanto despojo inmundos” al igual que las casas, por lo tanto, se solicitaba a las autoridades “ordenar a los indolentes, mas limpieza interna en sus viviendas que se pueden ser pobres, mas aun, miserables, pero aseadas (sic)”. Además se solicitaba una mayor vigilancia para evitar que recrudesciera nuevamente el cólera (*Los Andes*, 18/11/1887).

Estas conclusiones de la prensa derivaban de que además del modo general de la vida de los sectores populares, se insistía en las falencias respecto con los hábitos de aseo personal, y apuntaba a la limpieza individual con el objetivo de disciplinar el cuerpo, ocultando sus “olores y sus sudoraciones cuando no su anulación” (Barrán, 1989: 53). Así también, en los modos alimenticios, entre ellos, el consumo de agua con diversos fines: bebida, baño, lavandería y letrina, como ocurría “en la acequia del Jarrillal, que prove[ía] de agua Panquegua y la Chimba, [con] los peones que trabajan en la sierra [...] (sic)” (*Los Andes*, 22/12/1886).

Por ello, las autoridades solicitaban que no se cometieran excesos de ingesta de alimentos y bebidas, ya que generaban un caldo de cultivo para el desarrollo de enfermedades infectocontagiosas y, en especial, del cólera (Instrucción para prevenir a la República Argentina contra la epidemia de cólera, 1887: 13). Por ello, se suspendió el carnaval, ya que allí se cometían todo tipo de demasías que perjudicaban a la salud y las

buenas costumbres (*Los Andes*, 05/01/1887). Asimismo, se aconsejaba como necesario evitar los excesos físicos y mentales como la tristeza, el enojo y el miedo (*El Ferrocarril*, 14/11/1886). Dichas recomendaciones buscaban influir sobre la moral de los sujetos, haciéndoles comprender la utilidad de las medidas tomadas por el gobierno y la mejora que ellas generaban en la calidad de vida. En un contexto de representaciones en el que se seguían los planteos de la medicina de antaño, se sostenía que el abatimiento moral y el miedo predisponía al sujeto a sufrir el contagio (Delumeau, 2012: s/p).

Como menciona Carbonetti para el caso de la epidemia de cólera en la provincia de Córdoba durante el verano de 1867 y 1868, los sectores sociales de mayor poder adquisitivo optaron por estrategias más eficaces para evitar el sufrimiento (como medicamentos, productos suntuarios), a diferencia de los sectores más vulnerables que contaban con posibilidades reducidas para enfrentarla (Carbonetti *et al.*, 2007: 407). Situación favorable que se completaba con una mejor prestación de servicios municipales y de provisión de agua potable (conexiones domiciliarias, surtidores y reparto), tal como vimos en el capítulo 2, a lo que se agregaba, en los casos más graves, la posibilidad de emigrar hacia las propiedades rurales para evitar los contagios (Cirvini, 1989: 119).

Asimismo, había que tener en cuenta los factores que se vinculaban con el imaginario de las clases pobres y que afirmaba que “una de las cosas que mas perturba el ánimo en estas circunstancias [era] la falsa idea propalada entre el pueblo, de la exagerada malignidad que se atribu[ía] al cólera”, pues la población creía que todas las víctimas estaban destinadas a morir. Frente a este motivo, la prensa expresaba que según la experiencia médica la enfermedad era fácil de tratar si se aplicaba un tratamiento riguroso. Este debía basarse en un estricto régimen alimenticio, de limpieza personal y de los ambientes, pero para ello se creía fundamental el “apoyo” y la “obediencia” de todos los pobladores del municipio (*Los Andes*, 23/12/1886).

Como se puede apreciar, se asignaba una fundamental importancia a las conductas individuales, pero también a los comportamientos sociales colectivos como medidas para prevenir la enfermedad (Cueto, 1997: 211).

En síntesis, a través de las normativas se buscaba delimitar a los sectores de la ciudad donde debían habitar los enfermos y así establecer una serie de normas que indicaran cuándo se podía salir, cómo, a qué hora, qué debían hacer en sus casas, qué tipo de alimentación debían comer. A estos se sumaba, vetarles tal o cual clase de contacto y obligarlos a presentarse frente a los inspectores o dejarlos ingresar a sus viviendas. En definitiva, buscaban disciplinar las formas de vida de un sector determinado de la población (Foucault, 2006: 25)⁵⁹.

También, este padecimiento fue asociado a la figura del inmigrante. Se consideraba que eran “hombres de climas diferentes, de costumbres y hábitos distintos a los nuestros y [no contaban con] los medios necesarios para hacer cómoda la vida y usar las verdaderas prácticas hijiénicas” (sic). Las autoridades municipales debían “observar y aislar convenientemente á todos los inmigrantes y viajeros que arriben á las estancias del Andino con procedencia de los centros infestados por el cólera”, ya que aunque “no vengan enfermos, ellos y sus equipages traen por lo menos, el contagio natural (sic)” (*La Palabra*, 11/12/1886).

Se puede observar que la extensión de las normativas sobre el resto de los departamentos de Mendoza para combatir las epidemias se produjo con ciertos retrasos y complicaciones. De este modo, el médico de la Asistencia Pública del municipio de Luján de Cuyo expresaba que durante el avance del cólera, uno de los mayores obstáculos había sido el ocultamiento de los enfermos por parte del pueblo, a quienes a su vez apuntaba como generadores de la epidemia. Por ello, el facultativo indicaba la falta de una ordenanza que obligara a denunciar los casos, pues esto llevaba a que muchos moribundos no

⁵⁹ Cabe aclarar que Foucault se refiere los reglamentos de la peste desarrollada en Europa a fines de la Edad Media, durante los siglos XVII y XVIII.

recibieran ni los primeros auxilios médicos. Recién en 1897 la Dirección General de Salubridad determinó que la denuncia de este tipo de enfermedades infectocontagiosas era obligatoria en todo el territorio provincial (Provincia de Mendoza, 1897: 50).

También en el departamento de Guaymallén, los enfermos morían en medio de la desolación, sin recibir asistencia médica. Además, se encontraban cadáveres en descomposición sin conseguir que se les diera sepultura hasta varios días después (*Los Andes*, 22/12/1886). Al igual que las autoridades de ciudad, las departamentales apuntaban como culpables a los sectores más desprotegidos, tal como se ve en este relato de una visita médica:

[...] entre una nube de polvo, las botas llenas de lodo, el rostro ídem, llega Verrati, ¡qué cuadro! ...nos decía, una mujer tendida en cuero de oveja, el rostro demacrado y enjuto, los ojos hundidos, la piel apergaminada y fría como el éter y alrededor inmundicias de todo jénero, frutas verdes, legumbres diversas y un monton de criaturas que lloran a gritos, el marido aterrizado en un rincón del rancho y el peon amigo que me fue a llamar, desde la muerte mira espantado lo que toca a la enfermera- escribo la receta [...] y la administro por lo pronto los primeros auxilios; pero los remedios quedan a cargo del marido [...] los encuentro intactos lejos de la enferma cuando vuelvo. Así es imposible que salven lo que veo a tiempo, necesito un practicante o por lo menos un auxiliar [...] (*Los Andes*, 22/12/1886).

En esta misma línea, los mandatarios de San Vicente (hoy Godoy Cruz) señalaban el estado sanitario en que vivía la gente menesterosa, quienes no residían en ranchos, sino en verdaderas rocas, además de sus malos hábitos alimenticios y la falta de agua potable, lo que llevaba a que consumieran agua podrida estancada en pozos (*El Ferrocarril*, 27/12/1886). A partir de este diagnóstico, se consideraba que el uso del agua era uno de los mayores problemas que tenían que afrontar las autoridades. Por ello, la Comisión de Higiene intentó poner en práctica una serie de medidas que aconsejaba la ciencia para combatir el mal e impedir su propagación, siendo una de ellas el corte de agua de las cañerías, canales y acequias, y la repartición

diaria de agua para bebida y demás menesteres domésticos en los domicilios. No obstante, las autoridades civiles tuvieron que recurrir al apoyo de la comisión pastoral episcopal “porque [el pueblo] tenían la idea de que estaba envenenada para que desaparecieran los ‘leprosos sociales’ [y] sus harapos [no pudieran] contagiar de cólera a los ricos” (Lemos, 1973: 137).

Dentro de este clima discursivo, que enfocaba su dedo acusador a las clases pobres, también hubo sujetos pertenecientes a la élite que se solidarizaron con aquellos, donaban dinero (*Los Andes*, 22/12/1886) o realizaban campañas para recaudar fondos destinados a aliviar sus desgracias siempre crecientes (*Los Andes*, 22/12/1886). También es destacable el accionar de ciertos médicos que no aceptaban la remuneración por los servicios prestados o lo donaban para invertir en medicamentos (*Los Andes*, 23/12/1886) o en el Asilo de Huérfanos (*El Ferrocarril*, 12/01/1887). Incluso es remarcable el caso de una mujer distinguida, quien albergaba en su vivienda unos 20 niños huérfanos, a quienes les brindaba comida y techo (*La Palabra*, 13/01/1887). Más allá de los egoístas, de aquellos sujetos que solo buscaban su propio beneficio o escapar del peligro, hubo individuos que colaboraron desde diferentes lugares en la causa (Folquer, 2011: 91-92)⁶⁰.

A pesar de todas las explicaciones científicas, el discurso de la élite siguió apelando a elementos religiosos e interpretó las enfermedades como un castigo divino y sanción social (Ponte, 1999: 207). Se articuló un mensaje en torno de Dios, los pecados mortales y la moral de los sujetos (*Los Andes*, 22/12/1886). Se consideró necesario que los jefes de familia hicieran entender a los peones y sirvientes, es decir, a la gente pobre, que ensuciar el agua era un “pecado mortal”. A su vez, las autoridades, los sacerdotes y los predicadores también fueron comprometidos en difundir la idea de la importancia de las aguas limpias (*Los*

⁶⁰ Situación similar había sucedido con el terremoto de 1861, en donde el gobernador de entonces fue acusado de cobarde por huir a sus propiedades rurales; sin embargo, también estuvieron aquellas figuras consideradas heroicas como los médicos, cuya labor fue considerada un “sacerdocio”.

Andes, 22/12/1886). Tanto las autoridades políticas y eclesiásticas como los miembros de la élite tenían la responsabilidad de hacer comprender la situación a este grupo social.

Así, la religión no solo ofrecía una referencia ética para los comportamientos deseados y censurados, con una proporcional distribución de premios y castigos ultraterrenos, sino que servía a los fines de mantenimiento del orden social en momentos de crisis. El ministro de la orden Tercera de San Francisco convocaba en pleno pico de la epidemia a la iglesia matriz, a la población, para decir una plegaria con el fin de pedirle a Dios que se “digne a suspender el terrible castigo que ha descargado sobre este pueblo” (*Los Andes*, 23/12/1886), ya que las acciones individuales no bastaban, pues eran necesarias las imploraciones colectivas (Delumeau, 2012: s/p). Estaba presente así, la idea de un Dios vengador, propagador de la enfermedad e inquisidor de los malos hábitos y costumbres, lo que hacía necesario las preces del pueblo para que el “Todopoderoso” diera por terminado el flagelo (Folquer, 2011: 74). Según la prédica de ciertos religiosos era necesario el arrepentimiento de la población, ya que se atribuía el origen de la epidemia a los pecados de los pobladores, discurso que debió haber tenido una recepción favorable entre los habitantes (Cueto, 1997: 151)⁶¹.

Como se ve, en la urgencia de la epidemia, era necesario buscar potenciales culpables con quien descargar los malestares colectivos, y aplicar una serie de medidas profilácticas que pusieran fin al flagelo y, de este modo, subsanar los pecados de la población (Delumeau: 2012: s/p).

Si bien los religiosos brindaron su ayuda a las autoridades civiles para combatir la epidemia, en ciertas ocasiones provocaron

⁶¹ Si bien el autor hace referencia a otra coordenada espacio-temporal, esto es, a la malaria desarrollada en Perú en 1932, consideramos que se vincula a nuestro caso de análisis. A su vez, Cueto (1997) ha realizado un recorrido de las diversas epidemias que tuvieron lugar en el mencionado país durante el siglo XX, donde hace referencia a la peste bubónica, la fiebre amarilla, el tifus, la viruela, la malaria y el cólera, además analiza cómo fueron percibidas por la sociedad peruana y las medidas que el Estado ejecutó para combatirlas.

obstáculos, ya que algunos eclesiásticos pidieron a la población que no aceptaran las medidas profilácticas provenientes de los filantrópicos de la Cruz Roja y otras comisiones, porque eran masones y su misión era contraria a la Iglesia (*Los Andes*, 23/12/1886). No obstante, no hubo una conducta homogénea, pues hubo sacerdotes que formaban parte de la Cruz Roja y brindaban los socorros espirituales a las víctimas del flagelo que se hallaban en el lazareto y en el barrio donde residían (*El Ferrocarril*, 27/12/1886).

El campo científico no resultó ajeno al ámbito religioso, sino que por el contrario ciertos principios de este fueron aliados de la fe siempre que no atentaran contra esta. No obstante, pronto fueron criticados desde la esfera religiosa, por asociarse con cuestiones laxas y con el positivismo⁶² (Castelfranco, 2014: 148-152).

1.2. “La difteria... el cuco de las gentes timoratas” (1891-1895)⁶³

Las citadas argumentaciones basadas en supuestos religiosos quedaron bien reflejadas en el discurso público, político y eclesiástico durante la ya referida coyuntura del cólera. Sin embargo, fueron perdiendo validez rápidamente articulándose un discurso con elementos vinculados a la ciencia. No obstante, todavía durante el desarrollo de la difteria se manifestaron algunas opiniones al respecto, tal como sucedió cuando la prensa criticó una de las medidas implementadas por las autoridades, e incluso apoyada por el obispo de Cuyo, que consistía en la prohibición de la celebración de Semana Santa. El diario consideraba que en las iglesias había una menor

⁶² Castelfranco hace referencia a la relación entre el discurso católico y la ciencia en la Argentina durante el período comprendido entre 1885 y 1895.

⁶³ Tal como menciona Delumeau (2012: s/p) a los humildes se les asignó el lugar de los temerosos, mientras que a los ricos el de los valientes.

probabilidad del contagio de esta enfermedad por ser un sitio sagrado.

Los planteos que sí siguieron en plena vigencia fueron los referidos a las consideraciones de que la causa de propagación de la enfermedad eran las malas prácticas y costumbres de los sectores populares. Al mismo tiempo, sostenían una vez más en la prensa, que se había “visto con pesar que las reglas higiénicas son desconocidas en toda su extensión por [el] bajo pueblo (sic)”. Así, se continuaba con la idea de que eran los primeros que morían “porque contra[ían] enfermedades por el aire viciado de sus habitaciones, que bien se [podía] titular á estas de madrigueras, por sus alimentos que son de pésima calidad, ó ya por su estado de miseria que arrastra[ban]”. La conclusión era, al igual que durante la peste de cólera, que las epidemias se incubaban en los “albergues de aquella gente, y [que] de estos focos de infecciones part[ían] los gérmenes perniciosos, invadiendo las viviendas del rico y las de personas media acomodadas” (*Los Andes*, 04/03/1891).

Estas opiniones parecían encontrar su fundamento en los diagnósticos realizados, pues un balance efectuado en 1892 acerca de la epidemia de difteria manifestó que los mayores índices de mortalidad se produjeron en aquellas viviendas en donde los sujetos descuidaron la limpieza e higiene. Estas se encontraban ubicadas en los barrios “bajos, vecinos al canal Zanjón, [y] las casas de inquilinato [,] donde el hacinamiento y la miseria se un[ían] al desaseo de las aguas servidas de las acequias (sic)” (*Los Andes*, 10/03/1892).

El Consejo de Higiene⁶⁴ decidió tomar una serie de medidas profilácticas, ya que era un “valor capitalísimo para dificultar el incremento y mayor propagación del terrible flajelo (sic)” (*Los*

⁶⁴ En ese entonces el Consejo Provincial de Higiene estaba integrado por médicos, un farmacéutico, un abogado, un veterinario, además, de los miembros honorarios, quienes se mencionan a continuación: el intendente de la municipalidad de Ciudad, los médicos municipales, de Policía y Tribunales, el profesor de Higiene del Colegio Nacional y un miembro de la Oficina Química Provincial.

Andes, 10/03/1892). Determinó que las comisiones tendrían autorización para ingresar en las viviendas o habitaciones de la clase proletaria para vigilar el aseo de los patios, letrinas y depósitos de basura, ya que este era el “único medio de poder [para] morigerar las costumbres desaseadas del bajo pueblo” (*Ibid.*). Como hemos visto, la élite gobernante y científica consideraba que allí era donde nacían los focos de infección que se propagaban “á todas las clases sociales, arrastrando el gérmen aniquilador que anemía la vitalidad a las nuevas generaciones (sic)” (*Los Andes*, 23/01/1892). Para ello, se estipuló que se identificarían las casas por medio de un cartel claro y simple que dijera “difteria”, y el cual permanecería durante 30 días con el objetivo de identificar y marcar el “peligro” (Registro oficial de la provincia de Mendoza, 1892: 196). De este modo, los higienistas cuestionaban el principio de la propiedad privada y utilizaban como excusa el argumento de la sanidad pública y, de tal forma, la vigilancia sobre el sujeto se convertía “en una consecuencia natural de la política de prevención” (Salvatore, 2001: 109) (imagen 25, página siguiente).



Imagen 25. Fotografía de vigilante, su función era prohibir que las personas salieran de las viviendas durante la epidemia de viruela (*Caras y Caretas*, 1911: 80).

Otras de las medidas implementadas fue la desinfección de las habitaciones y enseres. Se consideraba que las “clases acomodadas” debían emplear el “sistema llamado en sitón”. Mientras que los sujetos que no podían utilizarlo debido a sus bajos recursos económicos debían recurrir a otros, como los “desinfectantes comunes y baratos[:] cal, cloruro de cal, sulfato de aluminio etc., y en último caso [...] cenizas y aún la tierra misma” (*Los Andes*, 23/03/1892). A su vez, el Consejo solicitaba la adquisición de una ambulancia “que recorriese las habitaciones indigentes donde hubiese enfermos, ya para transportarlos al lazareto en un carro antiséptico ad hoc, ó para hacer las desinfecciones locales que no están al alcance de la clase proletariado” (*Ibid.*). A ello se agregaba la denuncia obligatoria de este tipo de enfermedades. Al mismo tiempo, las autoridades estimulaban a los indigentes a dicha acción por

medio del obsequio de prendas (Lemos, 1897: 169-170). También era necesario mantener el aseo en las fábricas y cárceles, y en todo establecimiento donde hubiera aglomeración de personas, ya fuera de estudiantes o de obreros.

Al igual que durante la epidemia de cólera, en la de difteria se consideró que el agua, en especial, la que corría por las acequias, era uno de los principales propagadores. En varias oportunidades se recomendó a la población, en particular a la que habitaba en los barrios pobres, que no la bebiera o que por el contrario la hirviera antes de su consumo (*Los Andes*, 28/04/1892; *El Debate*, 06/01/1891).

A partir de la situación que vivía la provincia en torno al agua, el gobierno nacional decidió enviar al ingeniero sueco Carlos Nystromer, quien haría un estudio para dotar a Mendoza de agua potable, ya que era privilegio de unos pocos (*El Debate*, 29/04/1892). Sin embargo, este proyecto se concretó varias décadas después, tal como vimos en capítulo 2.

A pesar de todas las medidas profilácticas, en junio de 1894 recrudesció nuevamente la difteria. Los facultativos consideraban que la atmósfera estaba “contagiada, que [se vivía] respirando el germen funesto, habiéndole proporcionado un magnífico medio de vida”. A esta situación se sumaba la reiterada falta de medidas de aseo de la población que no consultaban “un solo principio regular, mucho menos científico”. Consideraban que la falta de higiene provocaba un foco de pestilencias que le otorgaba a la difteria un ambiente propicio para su gestación y desarrollo, esto permitía que les arrebatase a los más pequeños, a pesar de los esfuerzos realizados por los médicos. Subiendo el tono de su reclamo, la prensa exigía a la ciencia oficial y a las autoridades que “se preocup[aran] de lo que pasa; que aquella hable, y ésta ejecute” (*Los Andes*, 15/06/1894).

Las representaciones de la élite, manifestadas a través de la prensa, continuaban vinculando el “peligro” con los pobres, a pesar de que en las décadas de 1870 y 1880 todos los sectores de la sociedad habían sufrido las mismas enfermedades

infectocontagiosas (Armus, 2000: 520)⁶⁵. No obstante, esta segmentación social de las culpas sanitarias comenzó a ser muy tenuemente denunciada y se develó cómo el peso del control y el disciplinamiento se enfocaba en solo a un grupo social. Así, se dio a conocer el caso del contagio de una familia acomodada, y se reafirmó que para poder “equilibrar el cargo que se hace al pobre [...]” era necesario también vigilar qué se hacía en los otros sectores sociales. En la casa de una señora, respetable por su nombre y sus vinculaciones, también por su fortuna, se produjo la difteria, y ante ello el médico, quien también era un conocido facultativo, aconsejó la quema de los enseres del diftérico, que se realizó en una casa desocupada aledaña, pero sin haber tenido en cuenta los cuidados necesarios. De tal forma,

En medio de esta indiferencia culpable, [...] podemos presenciar, á la plebeya que pasea una hija enferma de escarlatina por el comercio, y á la patricia que guarda y conserva la difteria en el corazon de dos centrales manzanas de la ciudad. La Asistencia pública [...] habria llevado á la primera a la cárcel [...], arrebatándole su hija para echarla al abandono salufiero del lazareto, habria hecho gravitar sobre la madre infeliz todo el peso de la salud pública; pero se habria inclinado con respetuosa cortesía delante de la otra (*Los Andes*, 06/06/1894).

Si bien el matutino adhería a la representación social de la élite dirigente, también reclamaba la vulnerabilidad de los sectores populares frente a los planes reguladores⁶⁶. Como denuncia, el artículo periodístico se refería a que la aplicación de las medidas sanitarias sobre los sujetos dependía de las condiciones socioeconómicas del grupo que integraban. Por lo general, si pertenecían a los sectores populares eran enviados a la

⁶⁵ Según Armus (2000: 520), recién en las décadas de 1920 y 1930 los grupos de menor poder adquisitivo comenzaron a morir por causas distintas a las que afectaban a los sectores de mayores recursos económicos.

⁶⁶ El Diario *Los Andes* fue opositor del gobierno de Rufino Ortega (1884-1887) en el momento en que se desarrolló la epidemia de cólera. Según Ponte, el matutino simpatizó, en algunas ocasiones, con la causa del “pobre” con el fin de criticar a la “oligarquía” dirigente (Ponte, 1999: 91).

Asistencia Pública, censándolos; mientras que si eran de la élite, eran aislados en sus viviendas privadas y recibían la atención de un médico particular y en la mayoría de los casos no era notificado a los miembros encargados de esta institución (Raffa, 2007: 8).

La exclusión constituía un mecanismo que se consideraba depurador del ámbito urbano y se institucionalizaba a través del lazareto, un dispositivo que, junto con la vigilancia, buscaban distribuir a los sujetos en el espacio y controlar su salud (Armus, 2000: 528). En relación con ello, también la prensa denunció la necesidad de dar a conocer los casos sospechosos, mencionaban el nombre y la dirección para que fuera publicado por las autoridades para que la población “sepa en que calle y en cual casa existe el contagio” (*Los Andes*, 11/03/1892).

Además, durante el desarrollo de la difteria, el médico Julio Lemos dirigió a la Comisión Provincial de Higiene una investigación sobre los preceptos higiénicos necesarios para evitarla. Esta labor, expresada de forma sencilla y breve, estaba destinada a todas las familias mendocinas para ser aplicada en el ámbito privado y, de este modo, contribuir “a la grande obra de la higiene pública”. No obstante, estaba específicamente dirigida a regular las conductas de los sectores populares, quienes eran los culpables de propagar la enfermedad (Lemos, 1892: 9-10)⁶⁷.

Una vez más, en 1895, reapareció la difteria y fue cada vez mayor el número de víctimas, sin disminuir en ninguna estación, lo que llevó a “clasificar á nuestra provincia como la generadora de la terrible difteria, diciéndose en otras partes como del cólera que es el terrible viajero del Ganjes, que la difteria es el viajero terrible de Mendoza (sic)” (*Los Andes*, 07/06/1895:1).

Ante este escenario, se solicitó la conformación de una Policía Médica para la visita diaria de todos “los establecimientos públicos, fabricas, colegios, hospitales, lazaretos”. También,

⁶⁷ Este boletín fue aceptado por el Ministro de Gobierno de la Provincia, el Dr. José Salas, para que fuera publicado (Lemos, 1892: 20).

tendría a su cargo velar por la salud pública de un modo eficaz y permanente, y alejar de la población los focos de infección; además de “organizarse por barrios, vigilar y hacer cumplir las ordenanzas municipales y las prescripciones de la ciencia” (*Los Andes*, 18/06/1895). Como plantea Foucault, se intentaba implementar un sistema más complejo de observación de la morbilidad y mortalidad, basado en datos de hospitales, médicos y registros del Estado en relación con los diferentes fenómenos epidémicos (Foucault, 1977: 8-9).

A las medidas mencionadas se agregaba el control continuo de la vacunación, la denuncia de casos considerados peligrosos antes de las 24 horas, la identificación de sitios insalubres y su posterior destrucción⁶⁸ (Ceretti, 1903: 129 y 355; Provincia de Mendoza, 1897: 40). Estas medidas coincidían con los preceptos de la “medicina social” que tenían como objeto el control de los sectores más vulnerables a pesar de que decían proteger a toda la población (Foucault, 1996: 68-69).

A continuación se exponen las cifras de muertes producidas a causa de la difteria durante el período analizado (Coni, 1897: 446-447). Se puede observar que en el año 1891 las defunciones a causa de la difteria alcanzaron un 31%, mientras que, desde 1892 a 1895, se mantuvieron entre un 10 y 20% (imágenes 26 a 30, páginas 115, 116 y 117).

⁶⁸ Estas funciones eran ejecutadas por la “HealthService” de Inglaterra en 1875 (Foucault, 1996: 67).

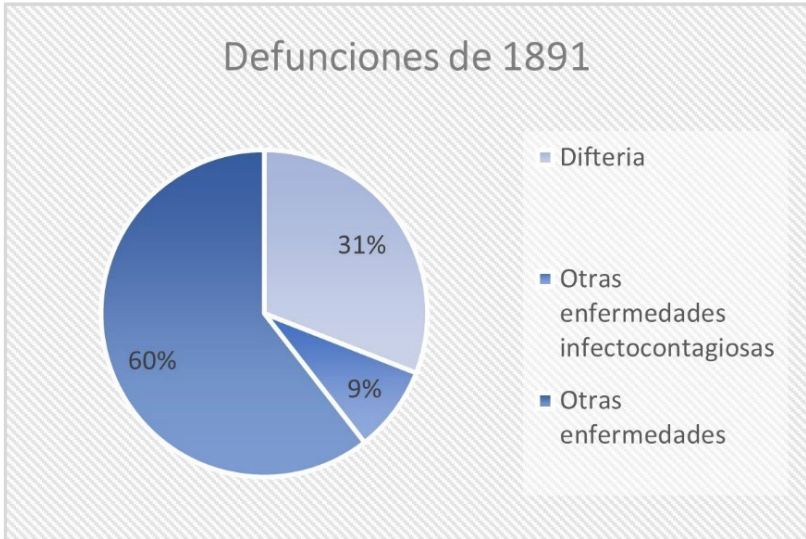


Imagen 26. Gráfico de defunciones de 1891 (Aguerregaray Castiglione y Luis). Elaboración propia a partir de los datos de Coni (1897: 438 a 449).

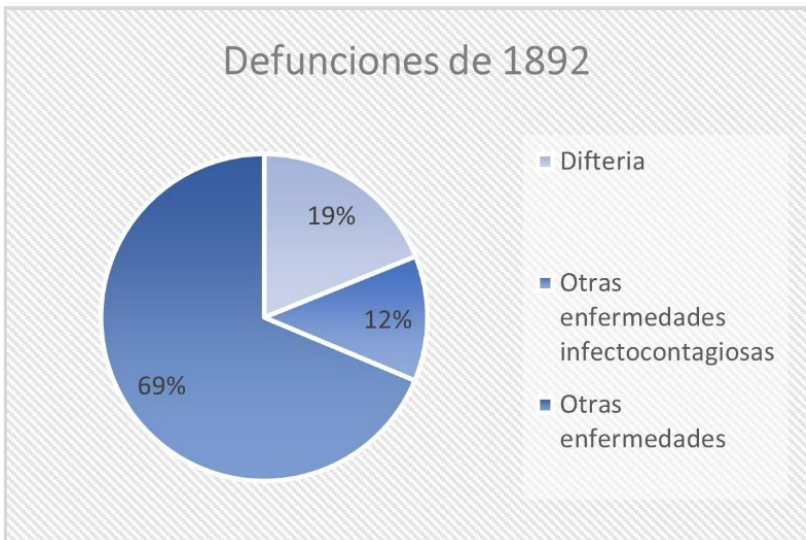


Imagen 27. Gráfico de defunciones de 1892 (Aguerregaray Castiglione y Luis). Elaboración propia a partir de los datos de Coni (1897: 438 a 449).

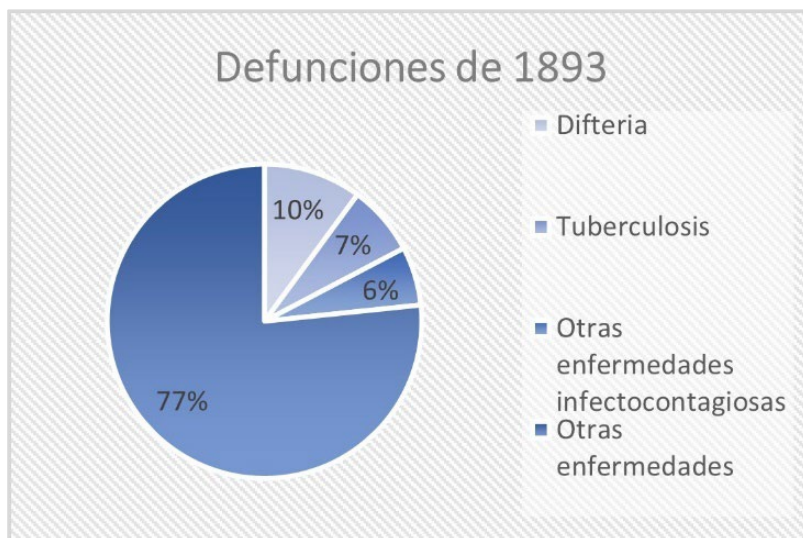


Imagen 28. Gráfico de defunciones de 1893 (Aguerregaray Castiglione). Elaboración propia a partir de los datos de Coni (1897: 438 a 449).

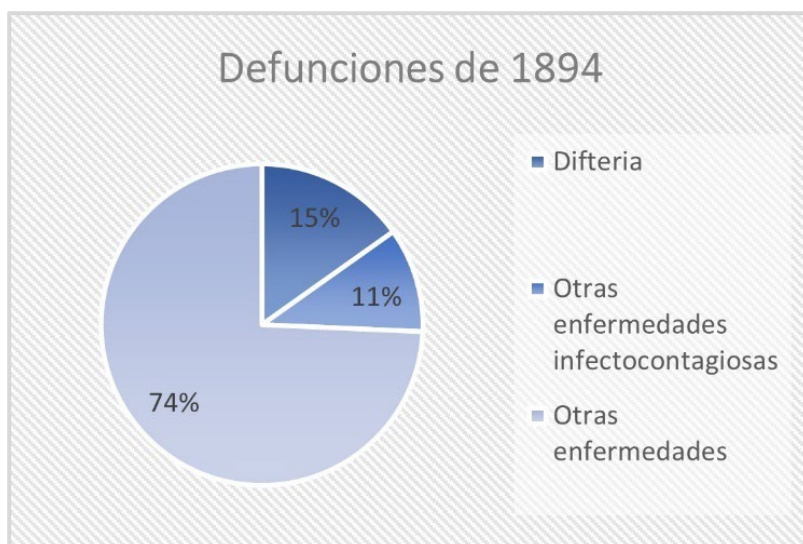


Imagen 29. Gráfico de defunciones de 1894 (Aguerregaray Castiglione y Luis). Elaboración propia a partir de los datos de Coni (1897: 438 a 449).

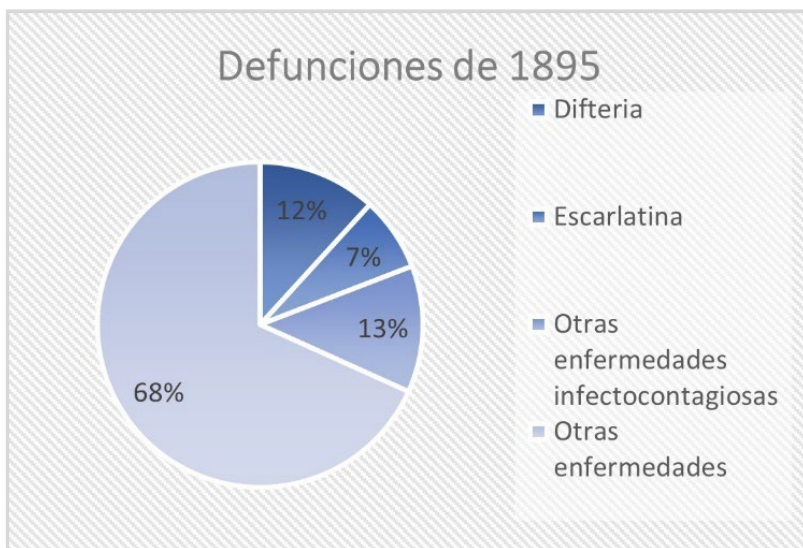


Imagen 30. Gráfico de defunciones de 1895 (Aguerregaray Castiglione y Luis). Elaboración propia a partir de los datos de Coni (1897: 438 a 449)⁶⁹.

En síntesis, durante la epidemia de difteria la élite dirigente comenzó a abandonar los argumentos religiosos, basados en una visión de un Dios castigador y vengador como legitimadores de su discurso. Se recurrió con más insistencia a los saberes vinculados con el higienismo y la salud, debido a que progresivamente se fueron asentando los preceptos de la medicina moderna. Se continuó asociando la enfermedad con los sectores populares y sus prácticas cotidianas, y se los consideró culpables de estas y los focos de contagio. Por ello, desde la esfera estatal comenzaron aplicarse una serie de dispositivos de control que buscaban erradicar las malas

⁶⁹ Por su parte, Julio Lemos (1897: 173) estableció otros valores: en el caso de la Ciudad de Mendoza registró que los fallecidos de difteria fueron 186 en el año 1893 y 187 en 1894, y a nivel provincial 307 sobre un total de 3032 (10,12%) y 451 sobre 3263 (13,8%). Según Semorile (1988: 464), entre 1869 y 1884 el promedio de fallecidos a causa de la difteria no alcanzaba el 2,5% anual, mientras que de 1885 a 1889 el promedio se multiplicó por 10, lo que indicó un fuerte incremento durante dichos años, por lo que fue el brote epidémico más letal en la historia de la difteria en Mendoza.

costumbres y la insalubridad. No obstante, se comenzó por parte de la prensa a precisar que el control y el disciplinamiento recaía sobre estos grupos y se empezó a denunciar que también las clases acomodadas adquirirían dichas dolencias, pero en la mayoría de los casos se las invisibilizaba ante la sociedad.

1.3. La reincidente viruela y el recurso a la vacunación (1899, 1905 y 1911)

Entre las enfermedades infectocontagiosas se encontraba también la viruela, pues si bien hacia 1889 se había evidenciado que el tratamiento eficaz era la vacunación, continuó a lo largo de varios años provocando estragos entre la población, precisamente por no generalizarse la inoculación correspondiente. Se les recomendaba a los padres de familia vacunar de forma inmediata a sus hijos, "si no quieren experimentar el dolor de perderlos" (*Los Andes*, 17/03/1889).

En 1894 se había comenzado una campaña para fomentar la vacunación. La prensa manifestaba que las autoridades departamentales no habían cumplido con las disposiciones y que era probable que muchos sujetos no hubieran sido inmunizados (*El Debate*, 27/06/1894). Posteriormente, en 1896, esta medida se hizo obligatoria a toda la población de la provincia (Memoria de la Municipalidad de la Ciudad de Mendoza 1899, 1900: 54) (imagen 31, página siguiente). En este marco, esta práctica se convirtió en parte de una estrategia a partir de la cual los higienistas justificaron una mayor intervención sobre el cuerpo para lograr sus objetivos de vigilancia y disciplinamiento, a los fines de lograr la seguridad del cuerpo social (Di Liscia, 2011: 410).



Imagen 31. Fotografía de campaña de vacunación a la población en la Comisaría de Investigaciones (*Caras y Caretas*, 1911).

Al igual que en la epidemia de cólera y difteria, el discurso de la élite vinculó el desarrollo de la viruela con las prácticas y modos de vida de los sectores populares, ya que los casos se habían producido en los barrios de la ciudad donde vivía este tipo de gente (*La Palabra*, 11/04/1889) (imagen 32).

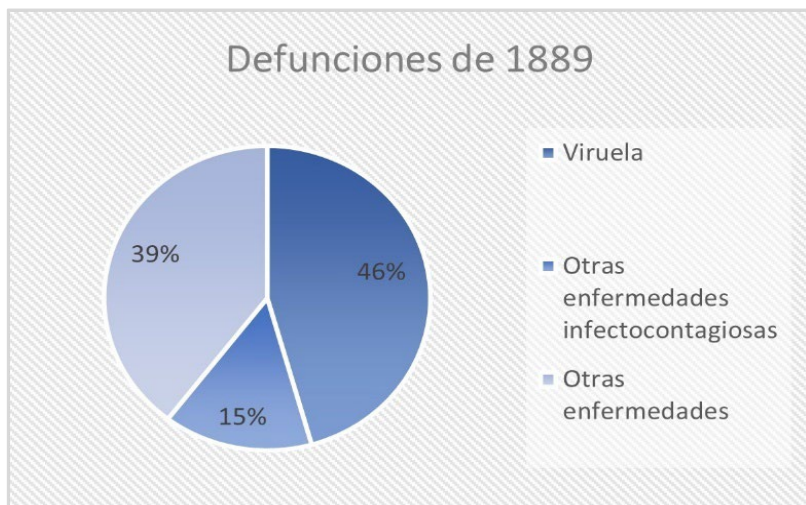


Imagen 32. Gráfico de defunciones de 1889 (Aguerregaray Castiglione y Luis). Elaboración propia a partir de los datos de Coni (1897: 438-449)⁷⁰.

⁷⁰ Según Semorile (1988: 446), la relación mortalidad por viruela/mortalidad general era en 1889 correspondiente al 32,8 %.

Varios años después, en 1911, hizo nuevamente su aparición la viruela, lo que produjo entre 10 y 15 casos diarios, más los que no se declaraban, que eran aproximadamente otros 15⁷¹. Se denunciaba que no se contaba con el personal necesario para efectuar la tarea de conducir a los enfermos al lazareto (imagen 33). Esta vez, las medidas de aislamiento implementadas por las autoridades sanitarias directamente se ocuparon de aislar a los sujetos que habitaban los conventillos, los desalojaban y los distribuían en zonas aledañas al zanjón, a la intemperie y en pésimas condiciones higiénicas. Con ello se agravaba la situación, ya que el agua de este canal constituía un foco de infección porque allí desembocaban los restos del matadero, y era consumida en los barrios del Algarrobal y el Plumerrillo (*Caras y Caretas*, 1891: 79-80) (imagen 33, e imágenes 34 y 35, página siguiente).



Imagen 33. Fotografía de mujeres y niños enfermos en una sala del lazareto (*Caras y Caretas*, 1911: 78).

⁷¹ Podemos inferir que desde abril hasta junio de 1911 se habían producido aproximadamente 3000 casos de viruela; no obstante, no podemos constatar el número de defunciones, pero consideramos que la cifra de enfermos fue alta, ya que en relación con 1889, murieron 1766 (Coni, 1897: 445). Sin embargo, debido a la cantidad de casos podemos considerar que era inferior a la de años anteriores.



Imagen 34. Fotografía de un campamento de familias desalojadas de los conventillos, a orillas del zanjón (*Caras y Caretas*, 1911: 79).



Imagen 35. Fotografía de un campamento de familias desalojadas de los conventillos a las orillas del zanjón (*Caras y Caretas*, 1911: 80).

Todavía la antigua ciudad y los arrabales seguían siendo uno de los principales focos de infección, de este modo, avanzado el siglo XX continuaba la segmentación social y urbanística tanto en relación con estos sectores del territorio como de los sujetos que la habitaban. Al igual que en el resto de las epidemias, estos grupos eran reiteradamente estigmatizados. Se los erradicaba de sus espacios debido a que constituían focos de infección en

los cuales los gérmenes se extendían hacia el resto de la población. Pero también, una vez marginados, se les aplicaba medidas profilácticas con el fin de que el contagio no se produjera desde afuera hacia adentro, en un entramado urbano y simbólico que se buscaba dominar (imagen 36). A través de las políticas públicas se buscaba aislar al sujeto, individualizarlo, vigilarlo, verificar su estado de salud, determinar si vivía o había muerto, y así, lograr una sociedad en un espacio dividido, inspeccionado, vigilado y controlado constantemente (Foucault, 1977: 14).



Imagen 36. Fotografía de la desinfección en un conventillo en la ciudad de Mendoza (*Caras y Caretas*, 1911: 79).

Durante el desarrollo de la viruela se proveyó de asistencia médica y de medicamentos gratis a los enfermos pobres (Digesto Municipal de la Ciudad de Mendoza 1868-1886, 1887: 305-306) y al igual que durante el desarrollo de la difteria, se

determinó la colocación de carteles en las casas infectadas de viruela (imagen 37).



Imagen 37. Fotografía del cartel que se colocaba en la vivienda de un enfermo de viruela (*Caras y Caretas*, 1911: 80).

1.4. “Gripe” para ricos y pobres (1918-1923)

Durante 1918 y 1919 tuvo lugar una pandemia de gripe española, que fue una de las mayores catástrofes sanitarias del siglo XX. Así, en 1918 la prensa aludía a que la enfermedad había alcanzado un carácter alarmante y que reclamaba que el pueblo y el gobierno unieran sus esfuerzos para llevar adelante un proyecto de saneamiento y ejecución de todas las ordenanzas municipales, “haciendo sacrificios e imponiendo privaciones hasta conseguir la completa higienización de Mendoza” (*La Palabra*⁷², 19/10/1918).

No obstante, si bien la gripe generó en todo el territorio argentino una alta tasa de mortalidad (Carbonetti, 2010: 159), esta arrojó números no tan alarmantes en Mendoza; de hecho, en 1918 hubo un 2,3% y en 1919 un 11,9% del total de muertos⁷³ (Orfila, 1928: 38). Es posible observar en el gráfico que se presenta a continuación (imagen 38, página siguiente) que 1919 fue el año en el cual la gripe generó más muertes.

⁷² Cabe aclarar que el Diario *La Palabra* era simpatizante del lencinismo y, por lo tanto, en sus columnas apoyaba su gestión, por lo que se lo podía considerar el diario oficialista durante sus mandatos.

⁷³ Otras epidemias sí generaron una gran tasa de mortalidad en la provincia a fines del siglo XIX, tal es el caso de la epidemia de cólera del verano de 1886 y 1887, que arrojó una tasa de 31% del total de fallecimientos, y la viruela, que en 1889 representó un 46% del total de defunciones anuales. La epidemia de difteria, por su parte, generó un porcentaje menor de fallecidos en relación con el total correspondiente al año 1895 (12%) (Aguerregaray, 2016: 127-170).

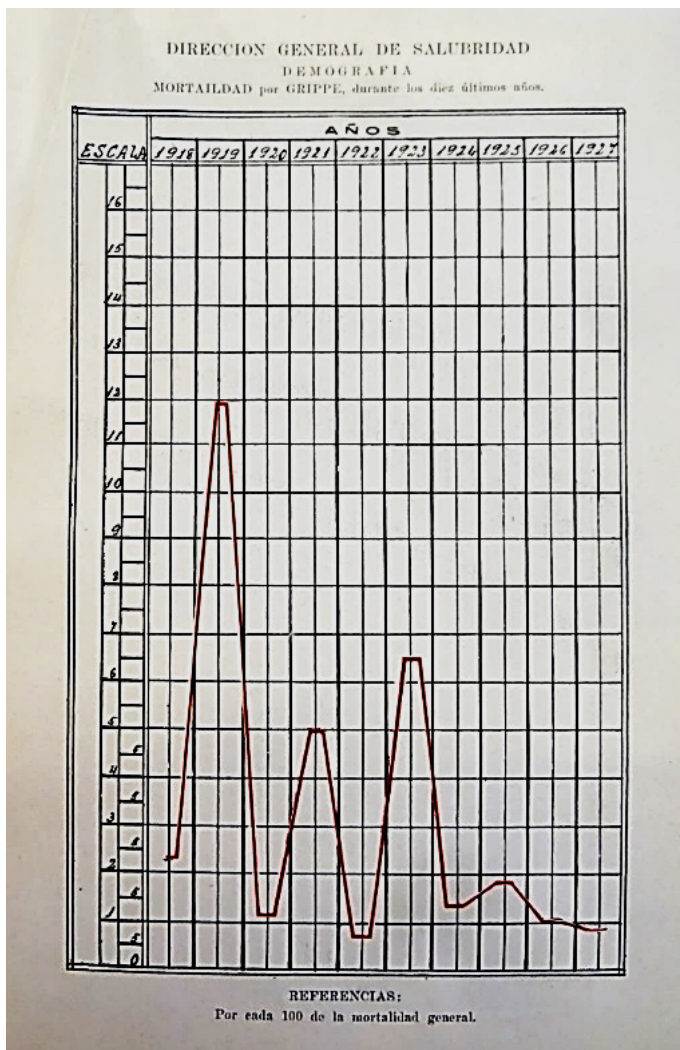


Imagen 38. Gráfico de mortalidad por gripe en Mendoza (1918-1927) (Orfila, 1928).

En relación con datos de los afectados en el país, Carbonetti alude que, si bien era una enfermedad padecida tanto por los ricos como por los pobres, a la hora de la mortalidad sí se producía una diferencia, ya que atacaba principalmente a los sectores más desprotegidos. Además, alega que esta puso de manifiesto "las falencias de un Estado que todavía estaba en conformación, la impotencia de una medicina que aún no se

consolidaba como garante de la salud y el desequilibrio económico y geográfico de la sociedad” (*Ibid.*: 174).

Las autoridades consideraban que uno de los principales medios a través de los cuales se transmitía la enfermedad era la correspondencia. Por lo tanto, se estipuló que debía someterse a una diaria y prolija desinfección antes de proceder a su distribución. Además, a la asepsia de aquellos elementos que habían estado en contacto con ella, es decir, la ropa y los útiles del cartero (*La Palabra*, 22/10/1918). A ello se sumó la necesidad de sanear ciertos sitios.

Igualmente, se señalaban otros lugares considerados peligrosos, tales como los locales destinados a guardar los animales, sus excrementos y demás residuos, en donde habitaban las moscas consideradas también uno de los principales vehículos de transmisión de las enfermedades infectocontagiosas, “desprend[iendo] gases mefícos y malsanos” (*La Palabra*, 06/11/1918).

Durante esta coyuntura, si bien el discurso de la élite apuntó a las costumbres y prácticas de los sectores populares, lo hacía revelando la deficiente situación social en que se encontraban, consecuencia de un sistema económico desigualitario. Ya no se los señalaban como un “mal social”, es decir, como generadores y vehículos de contagio de las enfermedades. Esta postura reflejaba un cambio en el clima de opinión que representaron los gobiernos lencinistas⁷⁴, tal como vimos en el capítulo 2. Además, se empezó a precisar que este tipo de padecimientos también se desarrollaba en los sectores acomodados:

[...] comienza en los cuárteles y se propaga a la cárcel, a los conventillos y por último a toda la ciudad [...]. Ha sido necesario que el terrible flagelo azote en forma inexorable dos o tres hogares conocidos, tronchando vidas jóvenes y estimables,

⁷⁴ Para profundizar en el discurso político lencinista ver: Richard Jorba, 2014.

para que recién cunda la alarma y las autoridades sanitarias tomen las medidas (*La Palabra*, 04/06/1919)⁷⁵.

De hecho, también pasaron a considerarse espacios de contagio los lugares cultos y aun “adelantados”, como las escuelas, teatros, cines y edificios públicos, pues en ellos se propagaba el flagelo, por la “aglomera[ci]ón de] multitudes y microbios” (*La Palabra*, 06/01/1919). Se sostenía la noción de que era una enfermedad que no distinguía ni edad, ni sexo, ni condición social, y fueron numerosas las víctimas conocidas como aquellas “N.N.” (*La Palabra*, 17/07/1919). Por todo ello, desde la prensa se consideró que el director de Salubridad debía ser un dictador sanitario, “con imperio propio para hacer cumplir todas las medidas que imponga” (*La Palabra*, 07/07/1919). Además, el diario *La Palabra* denunciaba la postura de ciertos colegas, quienes habían guardado silencio frente al desarrollo de la epidemia, en busca de su propio beneficio y de los intereses burgueses y, en algunas ocasiones, habían difamado de forma exagerada la campaña contra el flagelo y apoyaban la decisión de ciertos sujetos de continuar con los teatros, las salas de espectáculos y las confiterías abiertos al público (*La Palabra*, 04/06/1919).

Durante varios años esta enfermedad volvió a recrudecer en la provincia, no obstante, en 1925 la Dirección General de Salubridad realizó una campaña de vacunación para evitarla y envió volantes con las recomendaciones profilácticas a la población (*La Palabra*, 12/05/1925). A ello se sumó la desinfección de los locales públicos (*La Palabra*, 29/07/1927), la divulgación de los preceptos higiénicos en la prensa, junto con la colocación de carteles con las instrucciones preventivas en parajes públicos de mayor concurrencia y en barrios de campaña

⁷⁵ La nota fue publicada en junio de 1919, en ese momento la provincia se encontraba intervenida por Perfecto Araya (Lacoste, 1995: 69 y 70). Cabe destacar que el diario *La Palabra* criticó fuertemente durante la intervención el abandono en materia de salud e higiene de los sectores populares. Para ello ver: *La Palabra*, 1919: 1; 1921: 1.

a fin de evitar las enfermedades propias del invierno (*La Palabra*, 22/10/1918; *La Palabra*, 09/05/1923; *La Palabra*, 11/06/1927).

1.5. Desplazamiento del discurso de la élite durante la “peste blanca” (1920-1926)

Durante el período de 1870 a 1940, la tuberculosis fue entendida como una enfermedad resultante de la relación defectuosa entre la población y el medio ambiente. El hacinamiento y la precariedad material de la vivienda de los pobres eran los ejes problemáticos de este vínculo (Armus, 2007: 60). En Mendoza, desde fines del siglo XIX, los casos de enfermedad habían ascendido y esto generó una serie de medidas profilácticas centradas en la vigilancia de los enfermos y la desinfección de los objetos (Lemos, 1897: 198-199).

Para la década de 1920, el diario *La Palabra* publicó una nota donde expresaba que se había producido un descenso de la mortalidad por tuberculosis en aquellos países donde “la política industrial se ha[bía] seguido a la par que la de la higienización de las fábricas y talleres, así como en favor de las llamadas clases proletaria y media” (*La Palabra*, 06/08/1920). Además, consideraba que esta dolencia era de tipo socioeconómica, ya que el mayor porcentaje de padecientes se producía en aquellos lugares donde las condiciones de trabajo y las necesidades básicas no eran las óptimas. Exponía que si se optimizaban estos aspectos, así como la higienización de las viviendas obreras, se mejoraría la calidad de vida de estos sectores y disminuiría el flagelo. Pero además, reclamaba a los médicos que divulgaran el verdadero origen del mal y denunciaran a las autoridades “los casos en que se contradicen las disposiciones vigentes sobre la higiene y el trabajo en las fábricas y los talleres” (*Ibid.*).

Los profesionales de salud consideraban que la tuberculosis se curaba con el cambio de clima. Muchos infectados de Buenos Aires venían a Mendoza para menguar su dolencia, pero esto acarrea que trajeran su enfermedad y la fueran propagando por los lugares en los que residían, particularmente hoteles o pensiones de inmigrantes. Ante esta situación, el legislador

Ivanissevich sostenía en la sesión legislativa del 4 de noviembre de 1919 que “no es posible seguir así, es necesario que se establezca en La Paz una estación de desinfección, una estación de prevención contra esos enfermos que vienen aquí y no sacan ningún provecho y contagian por todas partes donde van”⁷⁶. Proponía reunir a los tuberculosos en ciertas “estaciones climatéricas”, tal como se propiciaba en Córdoba (Ivanissevich, 1919). Decía además que la municipalidad de la capital no había establecido medidas sanitarias; como ejemplo, argüía que no se limitaba el número de concurrentes a los cinematógrafos, quienes eran foco de infección debido a la alta concurrencia⁷⁷.

Si bien en 1922 se dio el pico más alto de decesos causados por esa afectación, a partir de entonces disminuyó significativamente (imagen 39, página siguiente).

Durante la tuberculosis y la gripe, el discurso de los dirigentes leninistas continuaba vinculando las enfermedades con los sectores populares, pero los desplazaba de su rol de culpables que, según ellos, les habían designado los gobiernos oligárquicos anteriores. Hubo un cambio en los argumentos de la élite dirigente en torno de las epidemias, que colocó a dicho grupo en un rol de víctimas, ya que su modo de vida era consecuencia de un sistema económico y social deficiente. En este registro, denunciaba la desigualdad de posibilidades de estos sectores a la hora de enfrentar las enfermedades y la muerte, y la falta de compromiso de los grupos más acomodados para colaborar en la causa. Esto llevó a que

⁷⁶ Por otro lado, explicaba que la libreta sanitaria, pedida a los empleados de comercio y mozos, entre otros, no era útil, debido a que el examen médico que implicaba era muy rápido y no se podía diagnosticar la tuberculosis mediante el mismo. Decía en este sentido que él había propuesto en el Congreso sobre esa enfermedad, realizado en 1917 en Córdoba, la utilización de fichas sanitarias que resumían la historia clínica del paciente/trabajador, como eran utilizadas en Suiza y Alemania.

⁷⁷ Con referencias estadísticas, decía que “el 5% de nuestra población padece de tuberculosis, y, de esas quinientas (que asisten al espectáculo), 25 son tuberculosos que se encierran en esos locales, y tosen y esparcen sus gérmenes” (*Ibid.*: 32). Alegaba además que “en los prostíbulos se hace profilaxis de la sífilis, pero no se hace profilaxis de la tuberculosis” (*Ibid.*: 32).

también se modificarán ciertas prácticas y medidas sanitarias implementadas hasta entonces, como el mecanismo de exclusión y marginación a través del cual se pretendía depurar el medio. De tal forma, decían buscar la integración por medio de la mejora de las necesidades y servicios básicos (agua y cloaca), pero también de otras, como las condiciones dignas de un trabajo.

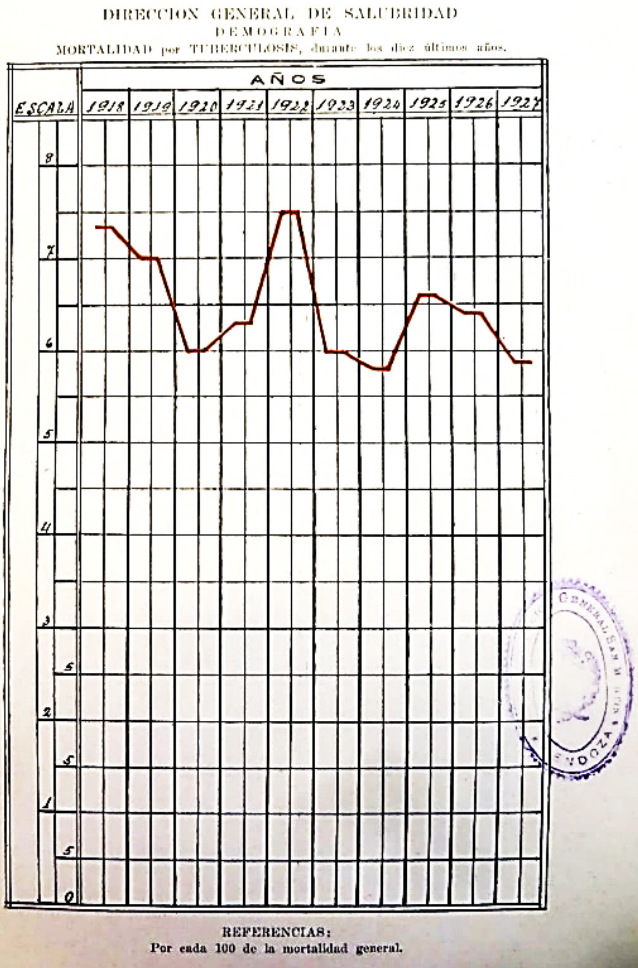


Imagen 39. Gráfico de mortalidad por tuberculosis en Mendoza (1918-1927) (Orfila, 1928).

En este marco se construyó un hospital llamado “José Néstor Lencinas” (1924), destinado a atender los padecimientos infectocontagiosos. Además de un dispensario antituberculoso, que funcionó en sus inicios en el antiguo lazareto. Dos años después, en 1926, se creó la Liga Nacional contra la tuberculosis división Mendoza (*Los Andes*, 30/04/1926).

A pesar de que los dirigentes lencinistas proclamaban un discurso en favor de los sectores populares, tal como se vislumbró en la epidemia de gripe y tuberculosis, Richard Jorba (2011) menciona que se dio una persecución e internación de los mendigos y otros marginados para limpiar la ciudad Capital, en conjunto con otros hechos contrastaban con las leyes sociales de avanzada⁷⁸. Estos mandatarios no fueron tan radicales con algunas de las políticas públicas de los gobiernos conservadores, sin embargo, “disminuyeron los controles y la vigilancia permitiendo así el desocultamiento de ciertos conflictos” (Cirvini, 1989: 135), lo que expresó un nuevo interés social.

Durante estos momentos clave, los dispositivos de control empleados por el Estado provincial para regular y controlar las prácticas y hábitos de la población fueron aplicados de forma heterogénea debido a las representaciones que en torno de la enfermedad y la muerte dominaban en el imaginario de la élite de la época. Esta situación repercutió también en las costumbres funerarias, que se vieron alteradas con respecto a las fases del morir. De este modo, durante las epidemias se forjaron nuevas prácticas, mientras que otras se transformaron, con predominio de los principios higiénicos sobre las costumbres habituales (Fiquepron, 2015: 242). Según León León (1997: 136), esta situación no solo afectó al círculo íntimo a la hora de realizar los ritos solicitados por el moribundo, sino también privó a la población de rendir el homenaje correspondiente, lo que obligó a mantener el recuerdo del difunto en la conciencia (Aguerregaray, 2016).

⁷⁸ Se establecieron las jornadas laborales de 8 horas, la Caja de Pensión para la Vejez e Invalidez, la creación de Departamento Provincial de Trabajo, entre otras.

En síntesis, los discursos de la élite mendocina durante los brotes epidémicos fueron desplazándose de argumentos que articulaban elementos diversos. Entre ellos, religiosos y morales (lo que les otorgaba una legitimidad notable en las representaciones colectivas) a otros en los que pasaron a tener preeminencia primero, y luego presencia absoluta, los preceptos científicos e higiénicos. La explicación en clave religiosa permitía articular el mensaje en torno a Dios y los pecados mortales con la moral y las acciones de los sujetos y los grupos, pues probablemente esta justificación calaba más profundo en la población, debido al arraigo de la cosmovisión religiosa. Se ha visto cómo este tipo de argumentación basado en supuestos cristiano-católicos se pudo observar sobre todo en la epidemia de cólera, la primera de la serie que hemos analizado, aunque luego se fue perdiendo la connotación sacra de estos eventos para centrarse en los aspectos vinculados con la ciencia. De este modo, se le otorgaba a este tipo de saber un carácter de legitimidad inobjetable, propio del proceso de modernización que comenzaba a transitar la élite dirigente y sobre el cual se apoyaba a la hora de aplicar y justificar sus medidas higiénicas.

Capítulo 4

Asistencia sanitaria y profesionalización de la salud

“La reforma de la ley sanitaria actual permitirá garantizar al público en sus más vitales intereses contra la plaga cada día mayor del curanderismo” (Nieto Riesco, 1926b: 279).

1. Hospitales y centros asistenciales de la provincia

A fines del siglo XIX existía en Mendoza el hospital San Antonio (1790). Este fue el primer nosocomio que tuvo la ciudad. El establecimiento fue creado y dirigido por la orden de los bethlemitas⁷⁹, venidos de Perú a fines del siglo XVIII expresamente para fundar el hospital⁸⁰. En 1815, por disposición del gobierno de Buenos Aires, pasó a ser una administración

⁷⁹ La congregación de los bethlemitas (orden de los hermanos de Belén) es una congregación religiosa católica fundada por un misionero español, Pedro de San José de Bethencourt, y aprobada por la Santa Sede en 1687. Los bethlemitas se dedican a las obras de misericordia, especialmente hacia los enfermos convalecientes.

⁸⁰ En 1763 los bethlemitas llegaron a Mendoza y tomaron posesión de un terreno donado para que la orden estableciera un hospital. No obstante, durante los primeros años no cumplieron una función hospitalaria, si no recién a partir de 1790, debido a que las autoridades de la gobernación intendencia de Córdoba del Tucumán a la que pertenecía la provincia, instó a que los religiosos cumplieran de inmediato la función para la cual se les había sido donado el terreno años antes. Si bien prestaron sus servicios, el edificio real del hospital no fue levantado sino hasta principios del siglo XIX, específicamente en 1802 ya hay referencias del sitio en un plano de la ciudad (cfr.: Ponte, 2005:27-28).

civil, dando con ello por finalizado su carácter exclusivamente religioso y caritativo. Años después, en 1878 pasó a depender de la municipalidad de capital y se transformó en un hospital público (Ponte, 2005: 55-57). Estaba emplazado en las proximidades de la Capilla de San Antonio de Padua, en Guaymallén, hacia el Este del canal Zanjón, frente a la actual calle San Luis. Después del terremoto de 1861, funcionó en dos sedes provisorias hasta que se construyó el nuevo edificio en la manzana que había sido del Colegio de la Santísima Trinidad. Este estaba emplazado en las actuales calles Santa Fe, José F. Moreno, Tucumán y Montecaseros; donde funcionó hasta su cierre definitivo a mediados del siglo XX (imágenes 40 y 41, página siguiente)⁸¹.

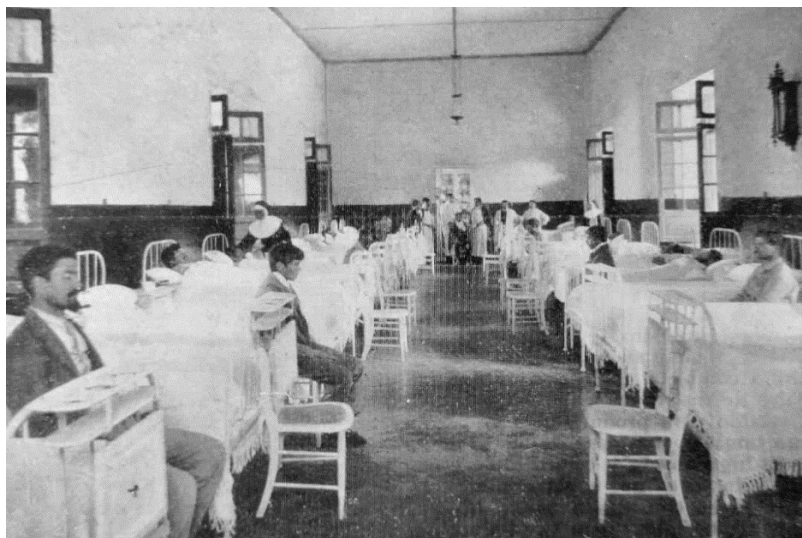


Imagen 40. Fotografía de la sala N° 2 del Hospital San Antonio (principios del siglo XX) (Gobierno de Mendoza. Álbum Argentino Gloriandus. Provincia de Mendoza, su vida, su trabajo, su progreso. 1909).

⁸¹ Los servicios que brindaba el Hospital de San Antonio fueron desde entonces proporcionados por los grandes nuevos hospitales: el Hospital Provincial (1907), el Hospital Lencinas (1924) y el Hospital Central (inaugurado en 1945).

Como podemos observar en la imagen 40, el establecimiento era atendido por religiosas que se ocupaban de cuidar a los enfermos y comunicar al médico el estado general de los mismos. Cuando estos no se recuperaban, la orden religiosa solía trasladarlos a otros centros asistenciales que tenía en el país, que contaban con mejor equipamiento (en Córdoba, hospital San Roque y en Buenos Aires, Hospital San Martín) (Ponte, 2005: 55).



Imagen 41. Fotografía de la vista al Jardín del Hospital San Antonio (1909) (Gobierno de Mendoza. Álbum Argentino Gloriandus. Provincia de Mendoza, su vida, su trabajo, su progreso. 1909).

Luego se construyó el Hospital Provincial (imágenes 42 y 43, página siguiente), inaugurado en 1907 y dedicado a la atención de varones, mujeres y niños. Su planta de pabellones aislados, unidos por circulaciones a cielo abierto, permitió un crecimiento gradual dotándolo de una mayor cantidad de camas. Fue edificado dentro de los límites del parque General San Martín, fruto del plan de saneamiento planteado a partir del informe de Coni.



Imagen 42. Fotografía del hospital Provincial (1907) (Gobierno de Mendoza. Álbum Argentino Gloriandus. Provincia de Mendoza, su vida, su trabajo, su progreso. 1909).



Imagen 43. Fotografía de una de las salas del Hospital Provincial (Gobierno de Mendoza. Álbum Argentino Gloriandus. Provincia de Mendoza, su vida, su trabajo, su progreso. 1909).

En 1930 el nosocomio recibió un nuevo nombre, “Emilio Civit”, por haber sido inaugurado durante la gestión del exgobernador de Mendoza. Fue por muchas décadas el principal establecimiento sanitario que funcionó como maternidad, hospital general y hospital de niños.

Además, en los departamentos existían otros nosocomios. El Hospital el Carmen (1900) en Godoy Cruz, el Hospital de General Alvear (“Hospital Municipal”, fundado en 1912) (imagen 44, página siguiente). Al mismo tiempo, se había comenzado a construir el Hospital de Maipú y el de San Martín, que fueron inaugurados durante la gestión de José Néstor Lencinas.

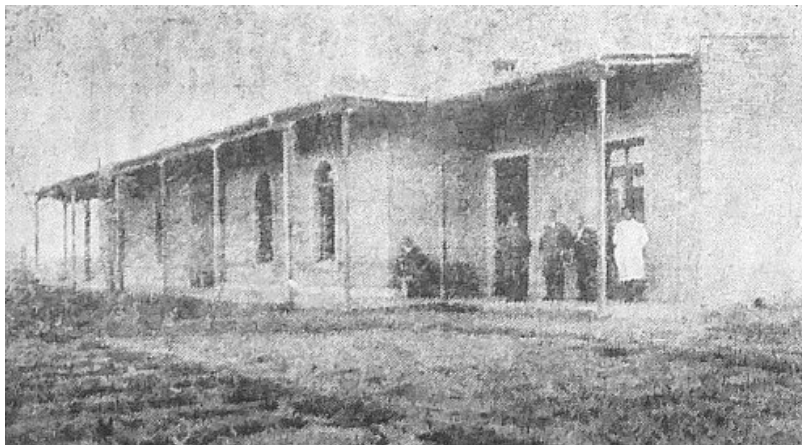


Imagen 44. Fotografía del hospital de General Alvear (*Los Andes*, 22/09/1923).

El Hospital El Carmen (imagen 45 a, b y c, página siguiente) fue inaugurado en febrero de 1900, en Godoy Cruz (antiguamente llamado “Belgrano”). El mismo fue fruto de la iniciativa privada, principalmente del bodeguero destacado Antonio Tomba. Este establecimiento estuvo encabezado por la sociedad damas de San Vicente de Paul. La dirección del mismo luego fue entregado a las hermanas de la Misericordia (Ponte, 2005: 118-119).

Durante el período de gobernaciones lencinistas se mejoró la atención médica en la Capital y se extendió a varios departamentos. De forma paulatina se hizo efectiva la descentralización geográfica iniciada en la gestión anterior de los gobiernos conservadores (Richard Jorba, 2011). Así, José Néstor Lencinas llevó a cabo refacciones en el hospital San Antonio; concluyó obras complementarias en el nosocomio de Maipú (imagen 46, página 139) y finalizó las obras del hospital Regional de San Martín, que venían del régimen oligárquico. En 1922, el entonces gobernador, Carlos Washington Lencinas, hizo una considerable ampliación del presupuesto destinado a salud pública. Extendió servicios asistenciales a los departamentos y amplió el número de camas para internación.



Grupo de concurrentes a la inauguración

Imagen 45 a. Hospital el Carmen (1900) (*Caras y Caretas*, 10/03/1900).



Fachada principal del edificio

Imagen 45 b. Hospital el Carmen (1900) (*Caras y Caretas*, 10/03/1900).

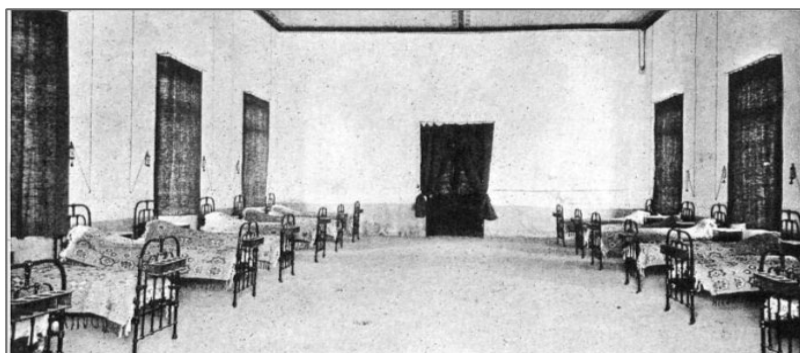


Imagen 45 c. Hospital el Carmen (1900) (*Caras y Caretas*, 10/03/1900).



Imagen 46. Fotografía del hospital Diego Paroissien (Maipú, 1918) (Suárez, 1924).

Durante los primeros años de la década de 1920, como vimos en el capítulo 3, Mendoza fue azotada especialmente por la epidemia de gripe y de tuberculosis, que generó un alto porcentaje de muertos. Frente a esta alarmante situación, que preocupó a los dirigentes, se decidió construir una Casa de Aislamiento para atender a quienes padecían la enfermedad infectocontagiosa, especialmente para los casos de tuberculosis. En 1919 se encargó a Raúl Álvarez⁸², arquitecto que realizó importantes obras en ese tiempo, que proyectara el Hospital José Néstor Lencinas (imagen 47, página siguiente), el cual fue

⁸² Fue un arquitecto mendocino, recibido en 1917 en la Universidad de Buenos Aires, que se destacó durante el período de gobernaciones lencinistas. Bajo la administración de José N. Lencinas, ocupó el cargo de jefe de la Sección Arquitectura, e interinamente, el de director de Obras Públicas de la Provincia. En 1918 proyectó importantes reformas a la Legislatura de la Provincia y dotó al edificio del recinto de sesiones, obra que se llevaría a cabo recién en 1923. También en 1919 realizó la "Rosaleta" del Parque General San Martín. Ganó por concurso el proyecto del "Hospital Español" de Mendoza en 1923; realizó los proyectos de las jefaturas políticas de Godoy Cruz (luego sede de la Policía provincial) y la de la villa de San Carlos, en el valle de Uco, el Hospital de infecciosos Lencinas y entre otros, el proyecto de la Escuela Bombal. Para ampliar información sobre la biografía de Álvarez consultar: Berná Vaccarino, 2011; y Cirvini, 2016.

inaugurado en 1924. Para su ubicación se eligió un terreno forestado perteneciente al parque General San Martín, ubicado en el extremo sur. Se destinaron dos pabellones del edificio para los afectados de pulmón de ambos sexos, y uno para los niños atacados de tuberculosis ósea, además disponían de un solárium para su tratamiento. Asimismo, se contó con otro pabellón destinado al resto de las enfermedades infectocontagiosas, en donde los dolientes se encontraban totalmente separados y aislados. El antiguo lazareto fue transformado en hospital para enfermos crónicos, con el nombre de Luis C. Lagomaggiore.



Imagen 47. Fotografía del hospital José Néstor Lencinas (1924) (Suárez, 1924).

A fines del siglo XIX la arquitectura hospitalaria había iniciado un proceso de transformación vinculado al desarrollo de la microbiología derivado de las teorías de Pasteur. Saber cómo se propagaban las enfermedades infecciosas permitía diseñar hospitales como dispositivos eficaces para evitar el contagio y garantizar la asepsia de áreas de cirugía. Es notable cómo cambiaron las tipologías de nosocomios, de la tradicional planta claustral de la época colonial a la estructura pabellonar y con la utilización de jardines como fuelles de ventilación y aislación entre los bloques (Luis y Cirvini, 2021). Así, los hospitales

construidos en Mendoza a principios del siglo XX siguieron esta tipología, tal como podemos observar en las imágenes del Hospital Provincial y del Lencinas.

Al mismo tiempo, a partir de los avances médico-científicos, en la época se entendió que era fundamental la realización de análisis clínicos para la detección y control de las enfermedades. En 1922 se comenzaron a realizar análisis en el Hospital Provincial y en noviembre de 1923 se inauguró el Instituto Pasteur de bacteriología, que contaba con un laboratorio de anatomía patológica y funcionó en uno de los *chalets* del parque General San Martín (imágenes 48 y 49, página siguiente).



Imagen 48. Fotografía del Instituto Pasteur (Mendoza, 1924) (Suárez, 1924).

El laboratorio cumplió una importante función a la hora de detectar enfermedades infectocontagiosas y así lograr detener el contagio. El ministro de obras públicas, Leopoldo Suárez, decía:

Entre los triunfos que ha obtenido este laboratorio podemos citar el diagnóstico que hizo en tres casos de lepra. Si no hubiera mediado el diagnóstico precoz que estableció este instituto y el cual probó que los sujetos eran verdaderos portadores de bacilos, hubieran constituido focos iniciales de contaminación de una terrible enfermedad que, de difundirse

en esta provincia, hubiera sido imposible combatir (Suárez, 1924: 403).

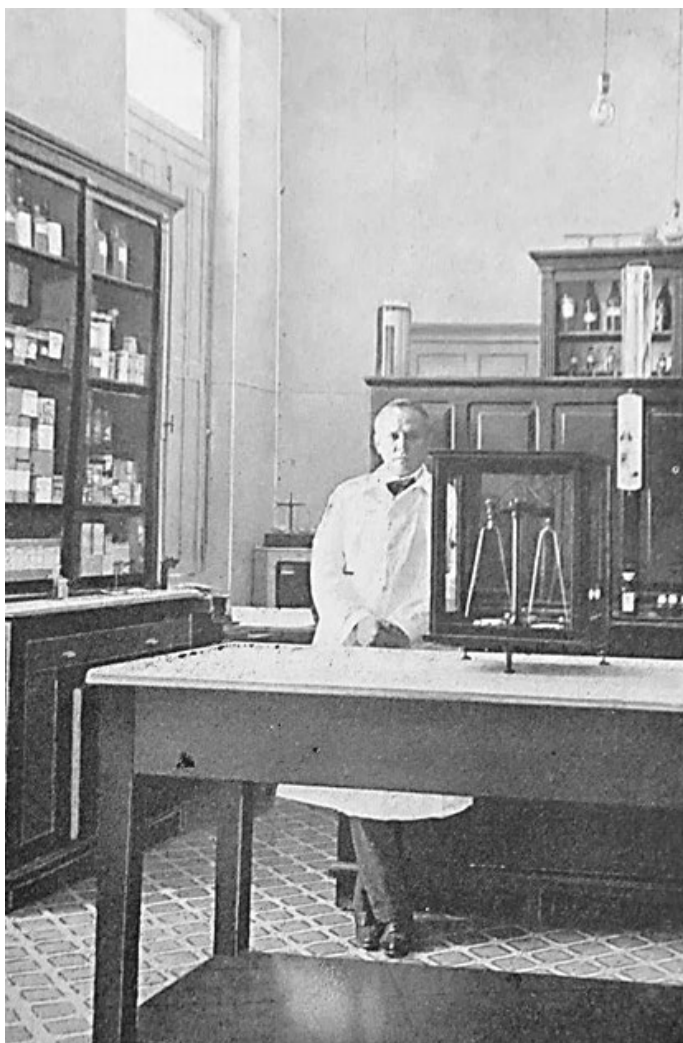


Imagen 49. Fotografía de una de las salas del Instituto Pasteur (Suárez, 1924).

En 1924 se inauguró el Hospital Regional de San Rafael, luego llamado Dr. Schestakow (imágenes 50 y 51, páginas 143 y 144). La obra se había iniciado en 1905 por una comisión de médicos,

entre los que estaba Schestakow⁸³, y había quedado paralizada por años. El gobernador Lencinas decidió en 1919 reanudarla bajo la supervisión de la Dirección General de Obras Públicas de la Provincia, según un plan general elaborado por la Sección Arquitectura, a cargo en ese momento de Raúl Álvarez. Este arquitecto le otorgó la estructura final al edificio por sus terminaciones y por las características de ese estilo sobrio que combinaba pintoresquismo con neocolonial (Berná Vaccarino, 2011: 96).



Imagen 50. Fotografía del hospital Regional de San Rafael (1924) (Suárez, 1924).

⁸³ Teodoro Juan Schestakow (1867-1958) nació en Rusia, donde obtuvo su título de médico, que luego revalidó en la Universidad de la Sorbona (Francia). En 1896 llegó a Mendoza y se instaló en la Colonia Francesa del departamento de San Rafael, invitado por Rodolfo Iselín, principal hacendado de la colonia. Instaló un pequeño botiquín en el Hotel Unión donde le fue cedida una habitación contigua que utilizaría para atender a sus primeros pacientes. Meses después y debido a que la popularidad del doctor especializado en cirugía había crecido rápidamente entre los habitantes de la zona, especialmente entre los del ámbito rural, y el número de consultas se había multiplicado considerablemente, se hizo latente la necesidad de levantar un consultorio. Por ello se construyó en un terreno propiedad de Iselín. Este primer consultorio de San Rafael contaba con una pequeña salita de internación. Por su desempeño como médico años después se decidió ponerle su nombre al hospital departamental. Para amplia información consultar: https://es.wikipedia.org/wiki/Teodoro_Juan_Schestakow

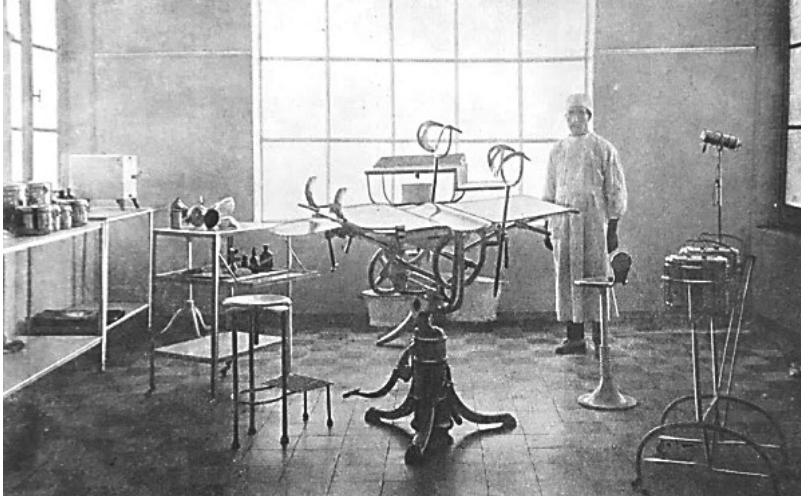


Imagen 51. Fotografía del hospital Regional de San Rafael, sala de operaciones (1924) (Suárez, 1924).

A principios del siglo XX los principales hospitales contaban con atención a niños, como el Hospital Provincial y el San Antonio (ambos en Capital). Además, existía “la gota de leche” que proporcionaba atención a los recién nacidos y a sus madres. Ahora bien, en julio de 1924 el Estado Provincial avanzó más en este tema y creó en la Capital la “Cantina Maternal y el dispensario de lactantes”, que fueron inaugurados el 4 de agosto de 1924 (imágenes 52 y 53, página siguiente). Estas instituciones se ocuparon especialmente de dar apoyo alimentario a las madres necesitadas, controlaban al mismo tiempo la evolución de los lactantes y transmitían la enseñanza de pautas de higiene personal y normas sobre manipulación y preparación de alimentos.

Años después, como parte de las políticas de salud para menores, se dictó una reglamentación sobre la pasteurización de la leche de vaca, ya que se consideraba que su consumo en mal estado ocasionaba un número importante de enfermos, incluso la muerte de los infantes. Por ello, en julio de 1927 el Gobernador Alejandro Orfila sancionó el decreto 537, que

reglamentaba la higienización de leche de consumo (Orfila, 1928: 44).



Imagen 52. Fotografía de la cantina maternal y dispensario de lactantes en Capital, Mendoza (*Los Andes*, 05/09/1924).



Imagen 53. Fotografías de niños atendidos en Cantina Maternal y dispensario de lactantes (*Los Andes*, 05/09/1924).

Del mismo modo, se legisló sobre el expendio de leche para los lactantes y se propuso crear en 1927 un nuevo “dispensario y

laboratorio de leche en la ciudad de Mendoza” (proyecto de ley elevado a la legislatura en julio de ese año). El dispensario otorgaría a las madres carenciadas el alimento para sus hijos basado en leche de vaca controlada y modificada. Esto ya se efectuaba en el Hospital de niños de Buenos Aires (inaugurado en 1875)⁸⁴, con la cooperación del laboratorio de modificación de leche del Ministerio de Agricultura de la Nación, que seguía las pautas de higienización sancionadas en la capital del país. De hecho, unos años antes en Buenos Aires (a fines de 1907), se había aprobado una ordenanza sobre la higienización de la leche, que debía ser pasteurizada o esterilizada. También establecía que los envases debían llevar impreso, y en lugar visible, el nombre de la fábrica donde se hubiera higienizado (Mazzeo y Pollero, 2005). Con esta reglamentación se pretendía garantizar a los infantes el alimento adecuado y disminuir la mortalidad, debida, entre otras cosas, al consumo de leche de mala calidad o mal conservada. A diferencia del dispensario que ya estaba en funcionamiento, el nuevo contaría con personal técnico compuesto por facultativos de la Dirección General de Salubridad. Si bien no hay registro de la aprobación de dicha iniciativa⁸⁵, se sabe que un nuevo dispensario comenzó a funcionar en 1927 en el Hospital Lagomaggiore, y que los internados, a causa de enfermedades infectocontagiosas, fueron trasladados al establecimiento José N. Lencinas, por lo

⁸⁴ El Primer Hospital de niños de Argentina se edificó en la ciudad de Buenos Aires. Este se llamó “San Luis Gonzaga” (hoy Hospital Ricardo Gutiérrez) y fue una iniciativa de las damas de la Sociedad de Beneficencia. Fue inaugurado el 30 de abril de 1875 y se ubicó en la calle Victoria 1179 (hoy Hipólito Yrigoyen 3420). Al año siguiente se trasladó a un espacio más amplio en calle Arenales 1462. Finalmente, entre 1893 y 1896 se construyó el nuevo edificio en la calle Gallo 984/1016. En 1892 se inauguró el primer hospital pediátrico en Córdoba, el “Hospital de Niños de la Santísima Trinidad”, como iniciativa de un reconocido médico que transmitió su inquietud a la sociedad de Beneficencia. Para ampliar información consultar: <http://guti.gob.ar/quienes-somos.html>

⁸⁵ En 1927 prácticamente no sesionó la legislatura provincial, debido a la escasez de *quorum* producida por el obstruccionismo parlamentario de la oposición.

que se deduce que allí se habría instaurado el dispensario de leche propuesto (*Los Andes*, 2000: 530).

Además, para mejorar la atención infantil se propuso construir un "hospital de niños" en Mendoza y se le encargó el proyecto a Raúl Álvarez en 1927. Sin embargo, este no se construyó y la provincia quedó sin un establecimiento dedicado especialmente a los infantes durante muchos años. Finalmente fue concretado recién en 1980 y rebautizado doce años después como hospital Dr. Humberto Notti⁸⁶. Tanto esta propuesta como la del dispensario de leche formaban parte de un plan de reorganización sanitaria propuesto por la Dirección de Salubridad en 1927.

La implementación de políticas sanitarias hizo que fuera sensiblemente menor la cantidad total de decesos durante las gestiones lencinistas. La tasa fehaciente de mortalidad del año 1919 era del 25,4 por mil habitantes. Esta cifra fue descendiendo en los años posteriores y llegó a 17,23 por mil en 1928 (Provincia de Mendoza, 1931). Según Richard Jorba (2011), durante el período comprendido entre 1918 y 1924, hubo una menor cantidad de decesos, además hubo una disminución de muertes en los conventillos, ya que cayeron un 89% en el período considerado y aumentó en un 4,25% los casos ocurridos en hospitales. Estas cifras confirman una preocupación por atender a los grupos más carenciados, radicados en este tipo de viviendas, que fueron trasladados e internados en nosocomios. De este modo, mejoró la cobertura médico-asistencial pese a una notoria difusión geográfica de los conventillos (2011: 25). En 1923 murieron en total 7647 personas en Mendoza, y de ese total 15 personas murieron en ese tipo de viviendas, 32 en la vía pública, 1392 en establecimientos benéficos (hospitales/centros asistenciales) y 6183 en casas particulares. Al año siguiente el número de muertos en conventillos se redujo a 9 según lo observado en los anuarios estadísticos de aquellos años.

⁸⁶ Para ampliar información consultar: Luis y Cirvini (2021).

Este fenómeno fue una consecuencia fundamental generada gracias al proceso de profesionalización que fue adquiriendo la salud. Gran parte de los decesos, que no pudieron evitarse, ya no sucedían en una casa, atendido tal vez por un médico, sino en un hospital con un equipamiento adecuado y a cargo de profesionales idóneos (enfermeros, médicos especialistas, cirujanos), quienes brindaban todo su conocimiento. No obstante, el incremento del índice de personas fallecidas que fueron hospitalizadas creció de manera paulatina. Del mismo modo, aumentó el número de nacidos en hospitales y fue disminuyendo el porcentaje de partos acaecidos en las casas particulares.

También es interesante considerar si las defunciones se produjeron con o sin asistencia médica (imagen 54).

Departamento	Con asistencia			Sin asistencia			Total de funciones		
	1923	1924	1926	1923	1924	1926	1923	1924	1926
Capital - Oeste	1245	1109	1106	2	3	4	1247	1112	1110
Capital - Este	1022	1020	962	170	115	136	1192	1135	1098
General Alvear	272	113	198	26	115	124	298	191	322
Godoy Cruz	301	482	363	123	11	70	424	493	433
Guaymallén	332	396	370	59	23	24	391	19	394
Junín	250	237	249	12	29	16	262	266	265
La Paz	43	49	38	49	45	48	92	94	86
Las Heras	154	192	174	8	11	6	162	203	180
Lavalle	8	153	49	127	19	76	135	172	125
Luján	189	254	242	121	91	22	310	345	264
Maipú	452	416	402	64	70	15	516	486	417
Rivadavia	233	130	122	106	139	123	339	269	245
San Carlos	85	88	88	95	86	63	180	174	151
San Martín	366	306	365	104	80	34	470	368	399
San Rafael	733	504	516	327	264	254	1060	768	770
Santa Rosa	39	55	37	30	38	23	69	93	60
Tunuyán	106	44	123	27	86	-	133	130	123
Tupungato	43	47	25	1	2	10	44	49	35
TOTAL	5873	5595	5429	1451	1190	1048	7324	6785	6477

Imagen 54. Cuadro de defunciones ocurridas en Mendoza con y sin asistencia médica (Luis y Aguerregaray Castiglione). Elaboración propia basada en los datos estadísticos de los años 1923-1926. Dirección General de Estadísticas de Mendoza (DGEM).

Los porcentajes de defunciones ocurridas en relación con la asistencia médica da cuenta de la cobertura médico-sanitaria de los diferentes sitios. Tal es el caso de la sección Oeste, donde en 1923 murieron 1245 personas que habían sido asistidas, y solo se produjeron dos casos de personas fallecidas que no recibieron asistencia médica, lo que representa un 0,2% del total de muertes. Por el contrario, en la sección Este hubo 1022 personas fallecidas que recibieron atención y 170 personas que no fueron asistidas, lo que representa un 14,3% del total (imagen 55). Es posible visibilizar la diferencia entre las “dos ciudades” también a partir de considerar la manera en que se llegaba a la muerte. En una, el Estado garantizaba de manera fehaciente la asistencia sanitaria de los moribundos; y en la otra, había una parte importante de la población que quedaba abandonada a su suerte.

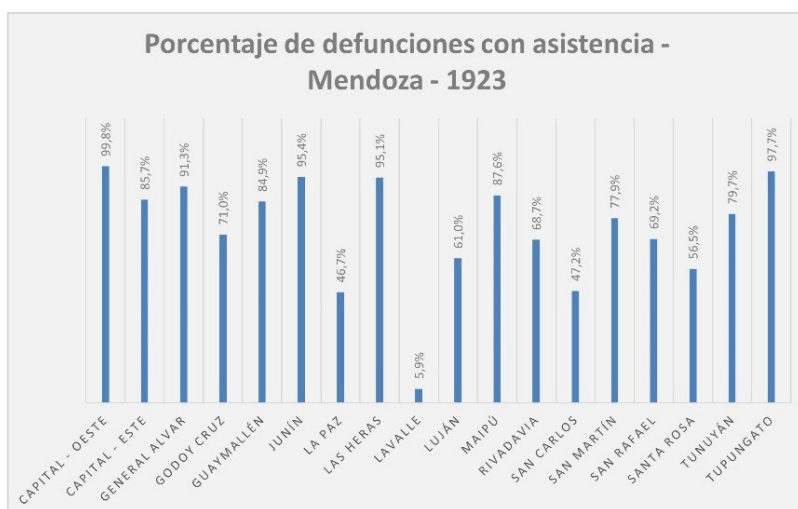


Imagen 55. Gráfico de defunciones ocurridas en Mendoza con asistencia médica (Luis y Aguerregaray Castiglione). Elaboración propia basada en los datos estadísticos del año 1923. Dirección General de Estadísticas de Mendoza (DGEM).

Es posible observar la misma situación a nivel departamental, aquí destacan sitios que contaban con una amplia cobertura asistencial, como San Martín, General Alvear y Maipú, que ya

tenían hospital, frente a otros que carecían casi por completo de auxilio médico, como los departamentos de Lavalle, La Paz, Rivadavia y San Carlos, zonas de campaña alejadas de la capital mendocina⁸⁷.

Tunuyán, por ejemplo, en 1923 tenía el 79,7% de personas asistidas antes de morir y pasó en 1926 a un total del 100% (imagen 56). En este caso concreto, la legislatura provincial había aprobado a fines de 1923 un proyecto de ley para invertir dinero en la ampliación y sostenimiento de la sala de primeros auxilios de dicho lugar, tal como se señala en el diario de sesiones legislativas de la Cámara de Diputados, en la sesión correspondiente al día 23 de noviembre de 1923⁸⁸. En este caso, la ejecución de obras públicas trajo aparejadas mejoras concretas en el estado sanitario de la población mendocina.

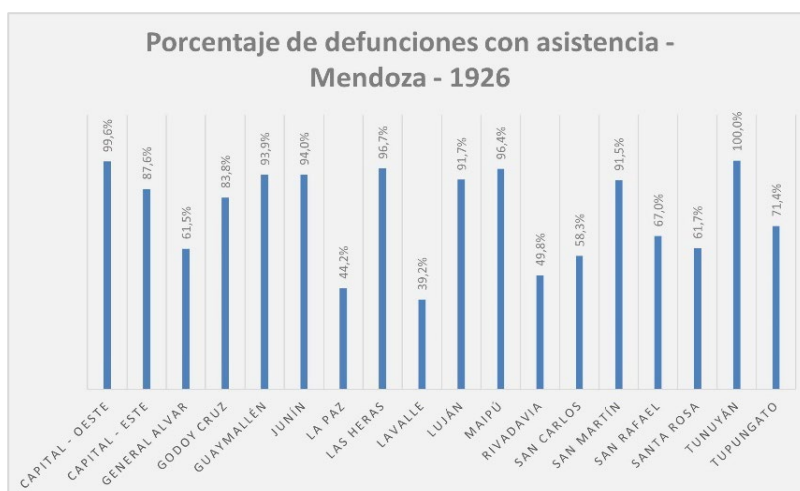


Imagen 56. Gráfico de defunciones ocurridas en Mendoza con asistencia médica (Luis y Aguerregaray Castiglione). Elaboración propia basada en los datos estadísticos de 1926. Dirección General de Estadísticas de Mendoza (DGEM).

⁸⁷ Lavalle, La Paz, Rivadavia, Tupungato, Santa Rosa, Junín y San Carlos no contaban aún con salas de Primeros Auxilios.

⁸⁸ En 1918, mediante un decreto, se había creado el hospital de Maipú. En 1919 se había aprobado un proyecto de ley que establecía la sala de primeros auxilios en Las Heras. En Palmira se aprobó en 1926, al igual que en Guaymallén.

Por otro lado, junto al incremento de la intervención estatal en la salud pública, creció el número de profesionales. En 1914 había 15 médicos que prestaban servicio en los hospitales públicos de Mendoza y el total de camas no superaba las 500 (Censo, 1914: Tomo 10, 549). Esto era insuficiente para atender las necesidades de una población que crecía rápidamente y que para 1914 superaba los 270 000 habitantes en toda la provincia (Cerdá, 2006: 19).

Trece años después, en 1927, había en Mendoza 309 profesionales con título nacional (162 médicos, 82 farmacéuticos, 26 dentistas, 7 veterinarios y 34 parteras) y 20 con título extranjero (8 médicos y 12 parteras). Es decir, había 1 médico cada 2300 habitantes en la provincia⁸⁹. Mendoza contaba con 1250 camas para una población de 391 204 personas. No obstante, en la capital provincial no fue aumentada la capacidad hospitalaria en ese período debido a que la implementación de obras públicas sanitarias estuvo dirigida a la descentralización geográfica.

Los principales nosocomios de la provincia contaban para ese entonces con laboratorio, sala de rayos X y sala de operaciones. Además, siete de los dieciocho departamentos ya tenían salas de primeros auxilios, tales eran: San Carlos, Tunuyán, Tupungato, Malargüe, Santa Rosa, Lavalle y La Paz (Orfila, 1928: 194) (imagen 57, página siguiente). Sin embargo, el director de Salubridad aclaraba en 1927 que era necesario mejorar en los departamentos las salas de primeros auxilios existentes y crear nuevas. Señalaba que las salas de Tupungato, Tunuyán, Malargüe y la Paz no disponían de local propio que reuniera las condiciones necesarias

⁸⁹ Datos extraídos de Orfila, 1928. Años después, en 1930, se contabilizó en el país un número total de 6500 médicos. Estos estaban concentrados en las grandes ciudades; por ejemplo, según los datos encontrados en 1935, Buenos Aires tenía 1 médico cada 600 habitantes, Santa Fe cada 1800, La Rioja cada 9000, y Formosa tenía 1 médico cada 15000 habitantes. *Cfr.*: Belmartino; Bloch; Persello; y Carnino, 1988.

La cantidad de profesionales está íntimamente relacionada a la existencia o no de una facultad de ciencias médicas en el territorio. La Facultad de Medicina en Buenos Aires fue fundada en 1822 y los primeros médicos se graduaron en 1827; Mendoza recién contó con la misma en la segunda mitad del siglo XX, se inauguró en 1965.

para prestar un servicio eficaz. Asimismo, planteaba la necesidad de edificar una pequeña sala en cada departamento, destinada a internar a los heridos y enfermos graves que no pudieran soportar el traslado a los hospitales de la Capital (Orfila, 1928: 116).

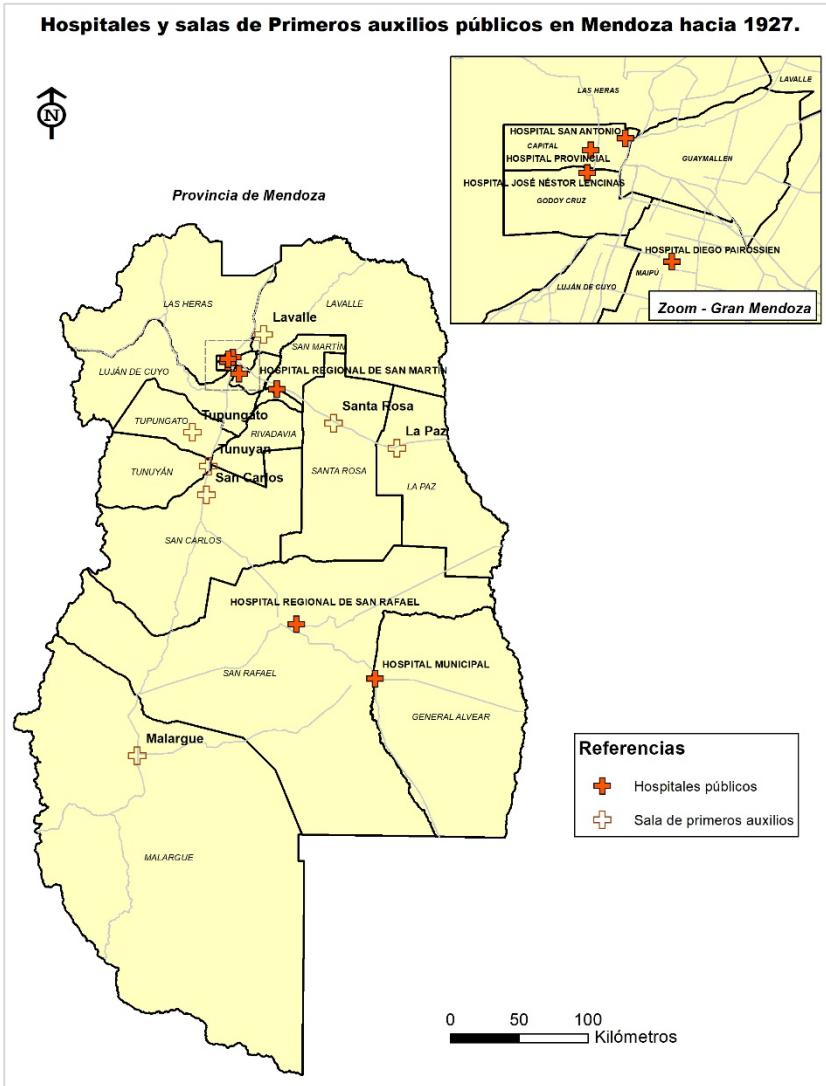


Imagen 57. Mapa de los hospitales y salas de Primeros auxilios en Mendoza hacia 1927 (Cohn, Luis y Aguerregaray Castiglione). Elaboración propia basada en la cartografía del IGN y SIAT, Mendoza (Orfila, 1928).

Además de las obras edilicias, las medidas preventivas (vacunación, inspecciones de salubridad) y paliativas (desinfecciones) implementadas por la Dirección General de Salubridad generaron una clara disminución de la tasa de mortalidad en Mendoza (imagen 58).

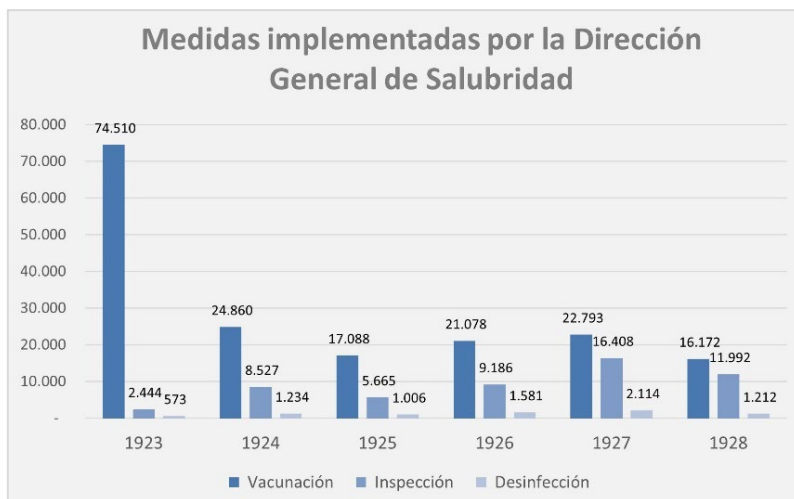


Imagen 58. Gráfico de las medidas implementadas por la Dirección General de Salubridad (1923-1928) (Luis y Aguerregaray Castiglione). Elaboración propia basada en los anuarios estadísticos. Dirección General de Estadísticas de Mendoza (DGEM).

Esto se vio reflejado tanto en el total de las muertes ocasionadas por enfermedades infectocontagiosas como, en general, por las demás causas de fallecimiento.

En el gráfico anterior se puede observar que en 1923 el Estado le prestaba especial atención a la vacunación para prevenir las enfermedades infectocontagiosas, como fue durante la epidemia de viruela a principios del siglo XX. Por el contrario, no era una actividad prioritaria la realización de inspecciones y desinfecciones (aspecto que se modificó en los años subsiguientes). Estas medidas produjeron una disminución del porcentaje de enfermos y de muertes de infectocontagiados (imagen 59, página siguiente), y una mengua significativa en la tasa de mortalidad provincial. Al respecto, es representativo el gráfico que demuestra la tendencia decreciente de dicha tasa en el período 1900-1928 (imagen 60, página siguiente).

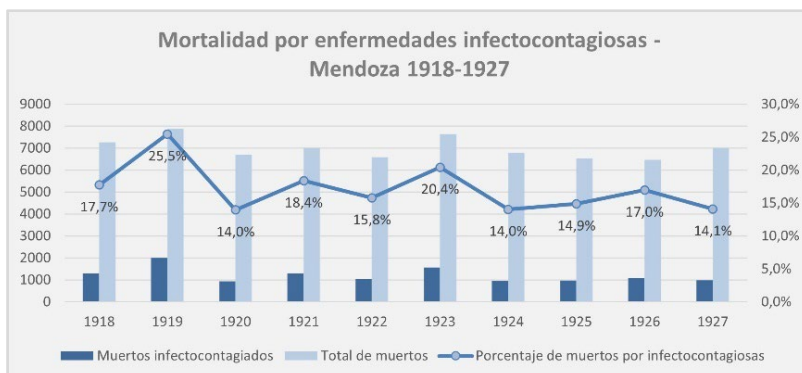


Imagen 59. Mortalidad por enfermedades infectocontagiosas, Mendoza (1918-1927) (Luis y Aguerregaray Castiglione). Elaboración propia (Anuarios estadísticos y Orfila, 1928).

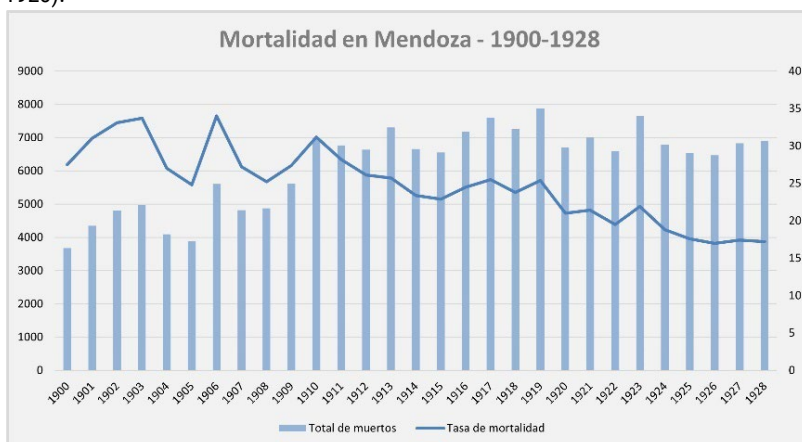


Imagen 60. Gráfico de mortalidad general en Mendoza entre 1900 y 1928 (Luis y Aguerregaray Castiglione). Elaboración propia basada en los anuarios estadísticos de 1923-1927/1929. Dirección General de Estadísticas de Mendoza (DGEM).

A comienzos del siglo XX, el desarrollo de las estadísticas y del conocimiento técnico (avance médico-científico) comenzaron a funcionar, ya no solo para paliar las consecuencias en los períodos de crisis (epidémicas y otras), sino también hicieron posible que el Estado aplicara políticas preventivas. Desde la esfera estatal se intentaba implementar un sistema más complejo de análisis de la morbilidad y de la mortalidad, basada en los datos de los hospitales, médicos y registros (Foucault, 1977: 8-9). De esa manera, a partir del conocimiento de las

condiciones sanitarias, se comenzaron a proyectar diferentes políticas públicas con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población y prevenir las situaciones de crisis anteriormente vividas. En este proceso incidió, además, la circulación de saberes. Los médicos tenían contacto con profesionales de la salud de otros países con más experticia en materia sanitaria e imitaban las medidas implementadas por aquellos para mejorar la salud de la sociedad. Por ejemplo, en relación con la importancia de los análisis de laboratorio, se aludía en la Memoria de la Dirección de Obras Públicas:

El doctor Dimitri, joven e inteligente médico argentino, profesor de la Facultad de Buenos Aires, fue comisionado por ésta y por el Gobierno Nacional para estudiar los regímenes educacionales en medicina que se seguían en todos los países europeos, y en un vasto trabajo que presentó a su regreso manifestó que en todos aquellos sitios donde funcionaban hospitales o se prestaban servicios sanitarios de cualquier índole, el laboratorio existía, en grado tal de adelanto que era realmente digno de mención y elogio (Suárez, 1924: 402).

El conocimiento de los profesionales de la salud y de los dirigentes públicos acerca de otros sistemas de salud estatal extranjeros permitió la circulación de saberes e instrumentos específicos para mejorar las prácticas curativas y preventivas.

En 1927 la Dirección de Salubridad estaba encabezada por el doctor Juan Antonio Orfila⁹⁰, un destacado médico, hermano de Alejandro Orfila, el último gobernador lencinista electo (1926-1928). Durante la gestión de Juan Antonio se proyectó un plan de

⁹⁰ Juan Antonio Orfila fue un médico radiólogo que tuvo mucha incidencia en las políticas de salud provinciales, estuvo a cargo del primer Servicio de Radiología de la provincia, encabezó la Dirección de Salubridad de Mendoza y propuso un plan de reformas sanitarias entre las que destaca la reforma de la Ley Sanitaria 926 de 1927, que regula el ejercicio de las actividades curativas. Además, años después, en 1945 Orfila fue elegido primer director del recientemente inaugurado Hospital Central de Mendoza. Luego fue decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo. Por otro lado, el médico publicó artículos científicos entre los que destaca: "Procedimiento de selección de alumnos que ingresan a la carrera médica" (1964).

reorganización sanitaria. Por un lado, se pretendía equipar mejor a los hospitales y a los centros asistenciales existentes. Por otro, se proyectaba construir nuevos establecimientos, entre los que se encontraba un nuevo local para la Asistencia Pública (imagen 61) proyectado por el ingeniero Segismundo Klot, que se pretendía construir en 1928. El edificio no se construyó, pero sí se remodeló un local para dicha institución en 1927, situado en calle San Martín y General Paz de Capital, antes utilizado para las oficinas de Catastro e inaugurado en mayo de ese año (*Los Andes*, 2000: 530). Por otro lado, se planeaba edificar un “Hospital de Niños” en la calle Ituzaingó de Ciudad, aunque tampoco pudo concretarse, como se mencionó.

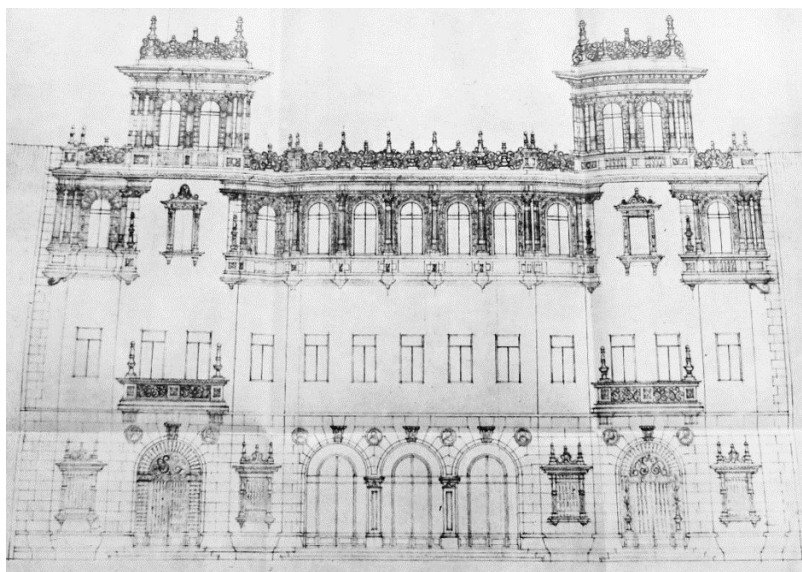


Imagen 61. Boceto de la fachada de la Asistencia Pública (Orfila, 1928).

Además, se mejoró la asistencia rodante, es decir, el servicio de ambulancias. De contar con tres vehículos, la Asistencia Pública pasó a tener quince en 1927. Siete ambulancias, de las cuales algunas fueron enviadas a los departamentos (una se otorgó a la sala de primeros auxilios del departamento de Lavalle, otra al Hospital de San Martín y otra al Regional de San Rafael); cinco

automóviles para el servicio médico y de la Dirección, y tres camiones para el transporte (Orfila, 1928: 22).

En ese tiempo se asistió a la profesionalización del campo de la salud. Tanto los avances médico-científicos a nivel mundial y nacional (particularmente en microbiología), como la regulación estatal de las actividades curativas incidieron en ello. Destaca de manera particular la reforma de la Ley Sanitaria Provincial en 1927 (Ley 926 de 1927).

2. La reforma de la Ley Sanitaria Provincial: la regulación de las actividades curativas (1927)

Entre fines del siglo XIX y comienzos del XX hubo un incremento en la profesionalización de las actividades curativas. Esto se manifestó en la reforma de la Ley Sanitaria Provincial (Ley 926 de 1927)⁹¹ impulsada por el director de Salubridad Juan Antonio Orfila. Era una reforma de la anterior legislación (Ley Provincial 34, sancionada en 1897) e incorporaba nuevas reglamentaciones. Entre las modificaciones más importantes, en la nueva normativa, se le concedían más atribuciones a la Dirección General de Salubridad y al Consejo Consultivo de Higiene, aspecto que generó gran debate, tanto a nivel legislativo como en la prensa.

La necesidad de actualizar la reglamentación había sido publicada en los periódicos el año anterior: “No pensamos que la ley haya de anularse, pero que se modifique fundamentalmente lo propiciamos desde ya, entendiendo que con ello servimos mejor al mismo propósito que determinó su sanción” (*La Palabra*, 24/05/1925).

El 22 de diciembre se publicaba una nota en la que se aludía que:

⁹¹ El 21 de diciembre de 1926 el Senado de la provincia aprobó la nueva Ley de Sanidad propuesta por el Poder Ejecutivo. Esta pasó luego a ser revisada por la Cámara de Diputados, quienes introdujeron modificaciones en enero de 1927. Posteriormente, en diciembre del mismo año fue tratada nuevamente en la Cámara de senadores, quienes la aprobaron de manera definitiva.

Dicha ley contiene verdaderas innovaciones en la materia y está llamada a prestar incalculables beneficios públicos [...] aparte de encarar el problema sanitario, representa una verdadera innovación que por fuerza habría que llamar la atención en el país, donde seguramente no hay en la materia una legislación más acabada y de tan profundos alcances (*Los Andes*, 22/12/1926).

Los principales aspectos del plan de organización sanitaria fueron publicados. Ellos comprendían,

1º-El levantamiento de un catastro sanitario domiciliario que permitiera “conocer la ciudad por dentro” y colocarse en condiciones de poder atender a todos esos núcleos de población que son los primeros en sufrir las influencias epidémicas y cuyas costumbres y falta de higiene facilitan la propagación de todos los males. La población infantil y su atención más eficiente entre por mucho en este proyecto que entraña un pensamiento filantrópico incuestionablemente levantado.

2º-El ejercicio ilegal de la medicina. Se decretará, como se dice, la guerra al curanderismo sin excepción y sin contemplaciones, pero paralelamente a ello se exigirá de los facultativos diplomados una responsabilidad que hasta hoy no se pensó nunca. Todo error grave o toda negligencia culpable cometida por un facultativo serán penadas por la ley, que no dejará impunes los delitos que en este terreno ocurrieren. La determinación es a todas luces simpática y revela verdadero espíritu de justicia, ya que el autor real del proyecto es un médico.

3º-El ejercicio de la farmacopea se consentirá solamente a los farmacéuticos nacionales y se castigará con penas severísimas a los que burlen esta disposición (*Los Andes*, 21/12/1926).

La ley proponía la realización de un censo sanitario para conocer y atender los diferentes focos de infección (retomaba de ese modo la iniciativa propuesta en el Proyecto de resolución de 1919)⁹² y regulaba la actividad médica, farmacéutica y obstétrica.

⁹² A fines del siglo XIX ya se había realizado un censo sobre el estado sanitario de la habitación a iniciativas del higienista Emilio Coni. Este se realizó durante los meses

La reforma de la normativa se dio en un contexto de formación y regulación de las actividades profesionales⁹³. Además, estaba enmarcada en un proceso de ampliación de la función estatal en materia social. El Estado pretendía, a partir de los datos estadísticos arrojados por el censo, establecer medidas de carácter sanitario para la ciudad; y a su vez, regular de manera profesional la actividad de los expertos en salud: “La ley sancionada ayer, viene, pues, a poner en manos de los poderes públicos y muy especialmente en la Dirección de Salubridad, elementos valiosos para los intereses que se le han confiado” (*La Palabra*, 07/12/1927).

Se consideraba que la práctica del curanderismo era una de las causas de que Mendoza tuviera un deficiente estado sanitario. El doctor Antonio Orfila decía: “el curanderismo familiar, que es el que está más arraigado y difundido, contribuye a la divulgación de prácticas antihigiénicas y perjudiciales” (Orfila, 1928: 26). Se pretendía garantizar el correcto ejercicio de las actividades curativas y sancionar a quienes, sin título de universidad reconocida, pretendiera ejercer el arte de curar.

La ley estipulaba las funciones que la Dirección de Salubridad ejercería y la manera de recaudar fondos para la misma. Aclaraba que esta era una repartición dependiente del Ministerio de Industrias y Obras Públicas, con jurisdicción en todo el territorio de la provincia y tenía las siguientes funciones:

- a) Asistencia hospitalaria, hospitales generales y regionales, casas de primeros auxilios, colonias y asilos; b) asistencia pública; c) Instituto Pasteur; d) profilaxis y dispensarios antivenéreos; e) protección a la primera infancia y dispensario de puericultura; f) profilaxis y dispensarios antituberculosos; g)

de mayo y junio de 1896 y arrojó datos muy importantes sobre las condiciones de habitabilidad de la población mendocina.

⁹³ En 1922 los dirigentes lencinistas presentaron un proyecto de ley para regular el ejercicio de la arquitectura, la ingeniería y la agrimensura (Suárez, 1924). Si bien este no fue debatido ni sancionado por la legislatura, da cuenta de que la temática de la regulación del ejercicio profesional y la necesidad de contratar profesionales para las obras públicas era una temática que estaba en la agenda.

asistencia maternal a domicilio; h) inspección técnica de higiene, vacuna y saneamiento; i) inspección y laboratorios químicos; j) profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas y epidemias; k) policía sanitaria; l) droguería central y depósito de material médico; m) provisiones de los hospitales y dependencias; n) escuela de enfermeros y masajistas; ñ) inspección de baños y lavaderos públicos; o) inspección de farmacias; p) desinfección; q) inspección de hoteles, balnearios, casas de comercio, tambos, establecimientos industriales, etc.; r) higiene de las aguas en general; s) inspección de casa de prostitución; t) reglamentación de la lactancia mercenaria (Ley 926 de 1927).

Así, mediante la normativa se ampliaban las funciones que anteriormente tenía la Dirección de Salubridad, a los fines de centralizar y controlar la salubridad de Mendoza. Del mismo modo, se establecía las atribuciones y deberes del Director General de Salubridad y lo relativo al Consejo Consultivo de Higiene.

Además, se instalaría un Catastro Sanitario, que llevaría el registro de cada una de las propiedades de la ciudad de Mendoza y centros urbanos, cuya población excediera los 1000 habitantes. Esta sección se encargaría de formar un legajo de cada casa, departamento o local construido o por construirse. La normativa establecía que cuando se desocupara una vivienda o habitación, antes de que la misma fuera arrendada o vendida, la Dirección de Salubridad realizaría una inspección y concedería o negaría la correspondiente autorización. De esa manera, con el argumento de que era necesario para mejorar la salud de la población, el Estado provincial aumentaba su poder de control y se inmiscuía en la actividad privada de la sociedad en general y no solo de los sectores populares, tal como vimos anteriormente. Este aspecto generó un importante debate en la legislatura y en la prensa.

Así resulta que la salubridad es un poder, absoluto; la irrigación, otro poder; las escuelas, otro poder, y de esta degeneración del alto concepto republicano en Mendoza, resultan, desgraciadamente, monstruosidades institucionales y

legales como la Ley Sanitaria N° 926 de la Provincia (*Los Andes*, 11/05/1928).

Además, se criticaba lo relativo al establecimiento del censo catastral sanitario:

La Dirección de Salubridad, armada del “Sésamo, ábrete” o “Sésamo, Ciérrate”, para permitir o no permitir que se habilite por nuevos moradores una casa nueva, o que se desocupe, por venta cesación de arriendo, si no se paga el Censo Catastral Sanitario, es extorsivo y dictatorial, porque el ejercicio del derecho de propiedad no puede ser limitado sino por sentencia judicial, y el desalojo por razones de salubridad deben fundarse en el hecho del peligro de la salud y de la vida y no en la necesidad de hacer y procurar renta (*Los Andes*, 11/05/1928).

La legislación también indicaba que los médicos debían dar a conocer a la Dirección de Salubridad los casos de enfermedades infectocontagiosas o de muerte por las mismas; y obligaba a los directores de escuela o de cualquier organismo de enseñanza, a los dueños de hoteles, a inquilinatos, a informar los casos. Se exigía desinfectar luego de algún caso de padecimiento y/o muerte por enfermedad infectocontagiosa (Arts. 89-91, Ley 926 de 1927).

Además, se obligaba a todos los propietarios de vehículos en alquiler destinados al transporte de pasajeros a desinfectarlos⁹⁴ de acuerdo con las normas establecidas por la Dirección General de Salubridad (Art. 94, Ley 926 de 1927).

La ley estipulaba sanciones para los que incumplieran las normas que consistían en multas en dinero y suspensión de actividades (por ejemplo, en el caso de lugares de venta de alimentos que no cumplieran con las normativas de higiene establecidas).

⁹⁴ Cabe mencionar en este punto que en la época también existió el control sanitario de otros ámbitos públicos, tales como bares y pulperías, prostíbulos, industrias y talleres, mataderos, entre otros. Además, destaca que durante los períodos de epidemias se modificaron las prácticas mortuorias, como la misa de cuerpo presente. Para ampliar información consultar: Aguerregaray (2016).

Como se mencionó, regulaba el ejercicio de las actividades curativas. La normativa era entendida como una “guerra al curanderismo” (*Los Andes*, 21/12/1926). Ningún sujeto podía ejercer sin título inscripto en la Dirección de Salubridad y que hubiera sido obtenido en una universidad nacional, o los extranjeros que lo hubiesen revalidado. Esto generó gran debate debido a que ciertos departamentos (San Rafael, Junín, General Alvear) contaban con médicos extranjeros que no habían revalidado su título, pero que habían cumplido una función muy importante por muchos años custodiando la salud de sus habitantes. En el debate legislativo, la minoría liberal conservadora postulaba que se estipulara una excepción en la ley, estableciendo que los facultativos extranjeros que tuvieran más de 15 años de residencia en el país no necesitarían realizar el mencionado trámite para ejercer la profesión. Por otro lado, los diputados lencinistas alegaban que era mejor regular esa singularidad después; consideraban erróneo escribir una ley con excepciones, ya que se trataba de regular el ejercicio de estas profesiones en la provincia.

La legislación de 1897, Ley de Sanidad e Higiene Pública, había establecido que la Dirección de Salubridad podría autorizar, sin previo examen, para curar o ejercer la profesión a los médicos y farmacéuticos con títulos de facultades extranjeras que hiciesen constar su identidad. Además, en casos especiales, podría también autorizar para que ejercieran durante un tiempo a los estudiantes o personas idóneas (Art. 11, Ley 34 de 1897). La nueva legislación, por el contrario, estipulaba la regulación exhaustiva del ejercicio de la medicina, la farmacia y la obstetricia. No obstante, en ciertos casos de imposibilidad de ejercicio de un profesional matriculado, se autorizaba a ejercer a una persona competente. Así, por ejemplo, explicaba que “los idóneos autorizados solo podrán establecerse en aquellas localidades donde no haya farmacéutico nacional establecido y solo a una distancia de 8 kilómetros de la farmacia de éste” (Orfila, 1928: 71). De la misma forma, los médicos extranjeros que ejercían o incluso que estaban a cargo de salas de primeros auxilios de departamentos alejados de la capital mendocina,

continuaron su actividad, ya que la Dirección de Salubridad “ha contemplado la foja de sus servicios y en mérito de ella no ha aplicado de manera estricta la ley” (*Ibid.*: 70).

Además, la legislación preveía la realización de concursos para ocupar los puestos técnicos de hospitales y de la Asistencia Pública (Art. 73, Ley 926 de 1927). De esa manera, se transparentaba la elección de cargos de salud y se priorizaba la selección de los más capacitados, “eliminando así la influencia y factores extraños en los nombramientos del personal técnico de la Dirección y Hospitales” (Orfila, 1928: 89). Se estipulaba que el cargo de Director de Salubridad debía ser ocupado por un médico argentino⁹⁵. Juan Antonio Orfila aludía al respecto: “La exigencia de que sea un médico, es razonable, ya que se debe evitar a toda costa que este cargo sea desempeñado sin conocimientos técnicos algunos, como ha sucedido en gobiernos anteriores” (Orfila, 1928: 66).

Asimismo, se acordaba establecer un Consejo Consultivo que, a diferencia de la legislación anterior, estaría compuesto por personal técnico: 6 médicos y 1 farmacéutico, además del director general. De esa manera, se evitaba que “sea nombrado un Consejo de funcionarios que, por la naturaleza de sus cargos y sus profesiones, no estén en condiciones de estudiar, juzgar y resolver asuntos de orden profesional” (Orfila, 1928: 66).

En relación con la actividad farmacéutica, la normativa establecía que solo los farmacéuticos que tuvieran título nacional podrían instaurar nuevas farmacias (Art. 31, Ley 926 de 1927). Asimismo, para evitar que estos establecimientos se convirtieran en un “disimulado consultorio médico” se prohibía que recetaran medicamentos o practicaran curaciones, y establecieron como excepción los casos de reconocida urgencia, en los que podrían prestar asistencia mientras concurría un médico (Art. 51, Ley 926 de 1927).

⁹⁵ Este aspecto generó gran debate y consideraron que era discriminatorio, ya que la condición de “natural” solo se estipulaba necesaria para desempeñar altos cargos de la magistratura de la Nación.

Del mismo modo, la ley regulaba la actividad obstétrica. Se le retiraban las autorizaciones concedidas a toda persona que no poseyera título. Asimismo, normaba el ejercicio de la odontología en el mismo sentido. El Estado provincial buscaba garantizar el correcto ejercicio de las actividades curativas a partir del registro y la validación de los títulos habilitantes.

Una vez aprobada la ley, con las reformas incorporadas por la Cámara de Diputados, pasó a ser revisada por el senado. Recién el 7 de diciembre de 1927 la Cámara de Senadores logró reunir *quorum* y sesionar⁹⁶, así se sancionó de manera definitiva la nueva Ley Sanitaria 926 de 1927. La prensa expresaba al respecto: “En suma, el proyecto de reforma sanitaria que nos ocupa encierra cuestiones tan vitales para todos, en la actualidad y en el porvenir, que se brinda por sí mismo al estudio y a la consideración de la labor legislativa” (*Los Andes*, 03/11/1927).

A modo de cierre, se puede alegar que entre fines del siglo XIX y comienzos del XX, el Estado provincial, en sintonía con lo que ocurría a nivel nacional, intervino propiciando normas y creando organismos específicos, como la Dirección de Salubridad y el Consejo consultivo de Higiene. Estos se encargaron de implementar medidas y de controlar la sanidad, en un contexto mayor signado por la ampliación de las funciones del Estado y la profesionalización del saber médico. En la provincia, la Dirección General de Salubridad persiguió al curanderismo para favorecer a los médicos (*La Palabra*, 14/05/1926). Se buscó alejar de las “explotaciones y errores” de los charlatanes y difundir “las prescripciones científicas que curan y evitan las enfermedades é impiden su propagación” (Ceretti, 1903: 57 y 58). El Estado legitimaba solo a ciertos actores (los que poseyeran título habilitante) y excluía al resto, así fortalecía su propio rol como fuente de esa legitimación; pero, también la medicina como ciencia se beneficiaba del lugar prioritario que le otorgaba este.

⁹⁶ Destaca en este punto que durante 1927 se logró realizar escasas sesiones legislativas debido a que los legisladores no acudían a la sala.

Eran claves los expertos o profesionales de la salud pero también las “agencias” como ámbitos institucionales.

En este sentido, el Estado avanzaba ampliando su intervención en la materia, pero no todos los sectores de la población estaban convencidos aún de que esta fuera tan positiva. Esto se vio manifestado en la prensa ante el aumento del poder de la Dirección General de Salubridad a partir de la reforma de la Ley Sanitaria.

Consideraciones finales

A lo largo de estas páginas pudimos analizar los interrogantes que surgieron en torno a los brotes epidémicos que azotaron a Mendoza durante fines del siglo XIX y principios del XX, y las políticas públicas implementadas por los dirigentes para mejorar la salubridad. La provincia presentaba un estado sanitario deficiente. Las enfermedades flagelaban a la población y se pudo observar una alta tasa de mortalidad, sobre todo durante el pico de las dolencias infectocontagiosas. Además, la antigua ciudad colonial se encontraba en malas condiciones tras el terremoto de 1861, situación que se acentuaba por la falta de servicios básicos (al igual que en el resto de la provincia) y el déficit habitacional, entre otras situaciones.

El Estado comenzó, de forma paulatina, a ampliar su intervención en materia de salubridad. La salud pública fue considerada un bien que debía garantizarse a la población. Tanto en los informes de médicos higienistas a fines del siglo XIX como en el debate legislativo sobre el estado sanitario de 1919 se consideró que un aspecto clave era la realización de obras de infraestructura básica, como la extensión del servicio de agua potable y el establecimiento de desagüe cloacal. Esto, con el fin de evitar la trasmisión de enfermedades infectocontagiosas (entre otras) y así mejorar la salud de la sociedad. Los dirigentes asieron esta propuesta e implementaron normativas para lograr ese objetivo de forma progresiva.

La aplicación de estas disposiciones no fue de forma homogénea, sobre todo en los habitantes y los espacios que habitaban. Esta particular manera de proceder se manifestó en el tratamiento y en las medidas que recibieron los sectores populares frente al azote de las enfermedades. Este nicho de la población, en su gran mayoría, residía en la antigua ciudad colonial —espacio segregado después del terremoto de 1861— y en zonas aledañas que eran sectores “olvidados” de la agenda de las políticas públicas. A ello se sumaba, la escasez de viviendas

y el hacinamiento en que habitaban estos grupos y que se vio incrementado con la llegada masiva de inmigrantes hacia fines del siglo XIX.

En esa tónica, durante el período analizado, los dirigentes plantearon implementar y extender los servicios de agua potable y de red cloacal, propuestas que contaron con un amplio consenso social. De hecho, no hubo disenso legislativo cuando se presentaron y trataron estas normativas. Por tal motivo, el Estado acudió a profesionales que le proporcionaron el saber técnico necesario para fortalecer sus políticas de intervención social en esta materia. Sin embargo, la implementación efectiva de las obras de infraestructura tardó años en concretarse. Durante gran parte del siglo XX y hasta la actualidad, se utilizan pozos sépticos en varios sitios de la provincia. Del mismo modo, se siguieron utilizando los surtidores que abastecían de agua potable. Asimismo, si bien se extendió el servicio de agua potable domiciliaria a varios departamentos, este llegaba solamente hasta el centro departamental. Así, quedaban relegadas muchas zonas de campaña que continuaron proveyéndose de agua de los canales o las acequias en las que circulaba agua de riego, en consecuencia fue uno de los principales causantes de las enfermedades.

La situación habitacional, signada por la falta de viviendas y el hacinamiento, sumado a la escasez de servicios básicos, favoreció el desarrollo de brotes epidémicos, como el cólera, la difteria, la viruela y la tuberculosis, entre otras enfermedades que diezmaron a la población de forma inminente. Dichas dolencias provocaban una alta tasa de mortalidad y una saturación de los recursos empleados por parte del Estado para paliar sus consecuencias. Los discursos de los dirigentes fueron desplazándose paulatinamente, de argumentos que articulaban elementos diversos, entre ellos religiosos y morales —lo que les otorgaba una legitimidad notable en las representaciones colectivas—, a otros argumentos en los que pasaron a tener preeminencia primero, y luego presencia absoluta, los preceptos científicos e higiénicos. La explicación en clave religiosa permitía articular el mensaje en torno a Dios y los pecados mortales, con

la moral y las acciones de los sujetos y de los grupos, pues probablemente esta justificación calaba más profundamente debido al arraigo de la cosmovisión religiosa. No obstante, luego se fue perdiendo la connotación sacra de estos eventos para centrarse en los aspectos vinculados con la ciencia, lo que otorgaba a este tipo de saber un carácter de legitimidad inobjetable. Esta situación era propia del proceso de modernización que comenzaba a transitar el grupo dirigente y sobre el cual se apoyaba a la hora de aplicar y justificar sus medidas higiénicas.

Si bien se implementaron normas destinadas a mejorar el estado sanitario en general, fueron aplicadas de forma más rigurosa sobre las prácticas de los sectores populares, ya que las representaciones le habían adjudicado a estos y a sus espacios la noción de “peligro”. Las críticas hacia estos sujetos estuvieron focalizadas en una serie de puntos recurrentes: la suciedad y la falta de aseo de sus viviendas y habitaciones, los malos hábitos alimentarios y sus vicios o excesos (ocio, comidas, bebidas), sus vestimentas, su atmósfera contaminada. De este modo, el Estado reglamentaba las costumbres en el ámbito público, que abarcaba incluso la intimidad de estos sectores. Mientras que los jefes de las familias acomodadas lo hacían en lo privado —aun cuando estos mismos en variadas ocasiones escapaban a las regulaciones estatales—, ya que consideraban que solo los pobres eran los causantes y propagadores de las epidemias. No obstante, la mirada de la élite con respecto a los sectores populares no era del todo homogénea, ya que había un sector que defendía la vulnerabilidad de los grupos más desprotegidos; y a partir de las primeras décadas del siglo XX, comenzó a surgir una postura que no los responsabilizaba. Según esta, eran víctimas, debido a que las condiciones materiales en las que vivían eran consecuencia de las falencias del sistema económico-social imperante.

Mientras que la enfermedad y la muerte eran para la élite una cuestión de asunto privado, para los sectores populares fue una cuestión pública. La salud era entendida como un campo donde era legítima la intervención del Estado. Sus políticas de

disciplinamiento, para poder prevenir las enfermedades, implicaban, para este sector de la población, una cierta cuota de violencia física —desplazamientos y segmentaciones del espacio urbano— y un cierto grado de violencia simbólica —violación de su espacio privado—. Las epidemias se convirtieron en coyunturas que permitieron activar el proyecto “civilizador”. Dicho proyecto apuntaba a disciplinar los hábitos privados de los sectores populares y aplicaba una serie de dispositivos de control que buscaban normalizar y homogeneizar a estos grupos en concordancia con los valores imperantes propios del Estado moderno.

La dirigencia política propició en ese tiempo una serie de normas y se crearon organismos específicos que se encargaban de velar por la salud de la población, como la Dirección de Salubridad y el Consejo Consultivo de Higiene. Estas entidades se ocuparon de implementar las medidas necesarias y de controlar la sanidad, en un contexto mayor signado por la ampliación de las funciones del Estado y la profesionalización del saber médico, marcada por la Reforma de la Ley Sanitaria de 1927. Entonces, el Estado comenzó a legitimar solo a los actores que poseían título habilitante y excluyó al resto. De este modo, eran claves los expertos de la salud, pero también las “agencias” como ámbitos institucionales. Se establecieron centros de salud y hospitales, y se especializaron para abordar las diferentes enfermedades, tanto en la Capital como en los departamentos. Estas obras edilicias, unidas a la implementación de medidas preventivas y paliativas, como la vacunación, las inspecciones y las desinfecciones, generaron una importante disminución de la tasa de mortalidad, lo que mejoró el estado sanitario de Mendoza.

Podemos señalar, a modo de síntesis, que la intervención del Estado a fines del siglo XIX y principios del XX, a través del establecimiento y la extensión de los servicios básicos, de la implementación de medidas preventivas y paliativas durante las epidemias y la profesionalización del campo de salud, contribuyeron a mejorar el estado sanitario de la provincia y la salud de la población en general.

Referencias bibliográficas

- Aguerregaray, R. (2016). *Representaciones y prácticas de la muerte de la élite mendocina: proyectos disciplinadores y modalidades de secularización (1887-1935)* [Tesis de Doctorado]. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo.
- Aguerregaray, R. (2019). Representaciones, discursos y prácticas profilácticas durante la epidemia de cólera (1886-1887, Mendoza, Argentina). *História Ciências Saúde-Manguinhos*, 26(1), 187-207.
- Aguilar Villanueva, L. (1996). Estudio Introductorio, en Aguilar Villanueva, Luis: *La Hechura de las Políticas Públicas*, Miguel Ángel Porrúa, 15-84.
- Álvarez, A. (2004). El rol de los lazaretos en el control del cólera y la fiebre amarilla. Buenos Aires (1870-1915). *História Revista*, 9, 287-317.
- Álvarez, A. (2007). De la higiene pública a la higiene social en Buenos Aires, una mirada a través de sus protagonistas, 1880-1914. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 10, 4-11.
- Álvarez, A. (2012). La aparición del cólera en Buenos Aires (Argentina), 1865-1996. *Historelo*, 4(8), 172-208.
- Álvarez, A. (2018). *La historia de la salud y la enfermedad: recursos archivísticos y metodológicos de un campo historiográfico en construcción*. EUEM. http://www2.mdp.edu.ar/images/eudem/pdf/la_historia_de_la_salud_y_la_enfermedad.pdf
- Alonso, P. (2000). La Unión Cívica Radical: fundación, oposición y triunfo (1890-1916). En: M. Lobato (Dir.). *Nueva Historia Argentina* (Tomo V). Sudamericana.
- Argañaraz, C. (2021). El nacimiento de un "servicio": agua, ciudad y construcción de estatalidad en Catamarca a principios del siglo XX. En: F. Quadros Rückert, F. Alexandre dos Santos; y G. Banzato (Coord.). *Aguas y políticas públicas en Argentina, Brasil y México*. Editorial Universidad de Jaén.
- Armus, D. (2000a). La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna. *Cuadernos De Historia. Serie Economía Y Sociedad*, (3), 7-25. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/cuadernosdehistoriaeys/article/view/9860>
- (2000b). "El descubrimiento de la enfermedad como Problema Social". En: Lobato, Mirta (ed.). *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Armus, D. (2002). "Milonguitas" en Buenos Aires (1910-1940): tanto, ascenso social y tuberculosis. *História, Ciências Saúde*, 9, 187-207.
- Armus, D. (2005). Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna. En M. Minayo y J. Coimbra (Orgs.), *Críticas e atuantes: ciencias sociais e humanas em saúde na América Latina*. Fiocruz, 183-205.
- Armus, D. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires (1870-1950)*. Edhasa.

- Barrán, J. P. (1989). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Tomo 1 y 2. Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrio, P. y Rodríguez Vázquez, F. (2016). Leopoldo Suárez, de agrónomo a funcionario itinerante del lencinismo, Mendoza, 1918-1930. En: *Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana Dr. Emilio Ravignani*, 78-107.
- Belmartino, S.; Bloch, C.; Persello, A. V. y Carnino, M. I. (1988). *Corporación médica y poder en salud*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18746?locale-attribute=pt>
- Ballent, A. y Liernur, F. (2014). *La casa y la multitud. Vivienda, política y cultura en la Argentina moderna*. FCE.
- Ben Plotkin, M. y Zimmermann, E. (2012a). *Los saberes del Estado. Construcción de élites técnicas estatales en la Argentina, siglos XIX y XX*. Edhasa.
- Ben Plotkin, M. y Zimmermann, E. (2012b). *Las prácticas del Estado. Política, sociedad y élites estatales en la Argentina del siglo XX*. Edhasa.
- Berná Vaccarino, N. E. (2011). *Obra pública del arquitecto Raúl Álvarez en Mendoza* [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Artes y Diseño. <https://bdigital.uncu.edu.ar/4594>
- Biernat, C.; Cerdá, J. M. y Ramacciotti, K. (2015). *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. UNQ.
- Biernat, C. y Ramacciotti, K. (2017). La formación en Salud Pública como vehículo de profesionalización de la burocracia sanitaria argentina del siglo XX. En: Di Liscia, S. y Soprano, G. *Burocracias estatales, problemas, enfoques y estudios de caso en la Argentina entre fines del siglo XIX y XX*. Prohistoria Ediciones.
- Birrichiga Garrida, D. (Coord.). (2007). *La modernización del sistema de agua potable en México, 1810-1950*. El colegio mexiquense.
- Cabral, X. (2009). De servicio a bien común: el conflicto por el agua en la ciudad de Córdoba. Breve historización. *Boletín Onteaiken*, (7), 1-10. <http://onteaiken.com.ar/ver/boletin7/2-1.pdf>
- Cáceres, V. (2017). La política de agua y saneamiento de la provincia de Buenos Aires, Argentina 1973-2012. *Agua y Territorio*, (10), 112-129.
- Carbonetti, A. (2010). *Historia de una epidemia olvidada. La pandemia de gripe española en la Argentina, 1918-1919*. *Desacatos*, 32, 159-174.
- Carbonetti, A.; Rodríguez, M. L.; Rimonda, N. y Martina, C. (2007). Las epidemias de cólera en Córdoba a través del periodismo: la oferta de productos preservativos y curativos durante la epidemia de 1867-1868. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, 2, 405-419.
- Carbonetti, A. (2007). Cólera y conflicto en la ciudad de Córdoba, Argentina (1867-1868). *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 10, 71-78.
- 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*. Dirección de Fomento.
- Carbonetti, A. (2012). Historia epidemiológica de la tuberculosis en la Argentina. 1914-1947. *Estudios*, 37-52.
- Caponi, S. (2002). La generación espontánea y la preocupación higienista por la diseminación de los gérmenes. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, 9, (3), 591-608.

- Castelfranco, D. (2014). La Voz de la Iglesia y el discurso católico sobre la ciencia en la Argentina de fines del siglo XIX (1885-1895). *Itinerarios*, 4, 135-161.
- Cerdá, J. M. (2006). Mercado de trabajo y condiciones de vida en Mendoza a comienzos del siglo XX. *Mundo Agrario*, 6, 12. <https://www.mundoagrario.unlp.edu.ar/article/view/v06n12a02>
- Cerdá, J. M. (2007-2008). Características de la vivienda mendocina en la primera mitad del siglo XX. *Población y Sociedad*, 33-69.
- Cirvini, S. A. (1989). El ambiente urbano en Mendoza a fines del siglo XIX. La higiene social como herramienta del proyecto utópico del orden. En: M. Rodríguez Lapuente y H. Cerutti Guldberg (Comps.). *Arturo Roig. Filósofo e historia de las ideas*. Universidad de México, 107-143.
- Cirvini, S. A. (2001). La edificación "contra temblores". Aportes para la historia de la construcción sismorresistente en Argentina.: *Revista de Historia de América*, 128, 141-163.
- Cirvini, S. A. (2004). *Nosotros los arquitectos*. Ediciones ciudad y Territorio, Incihusa, Conicet.
- Cirvini, S. A. (2016). Raul Jacinto Álvarez. En: Raffa, Cecilia (Dir.). *Arquitectos en Mendoza. Biografías, trayectorias profesionales y obras (1900-1960)*. (2016). <http://bdigital.uncu.edu.ar/9327>
- Cirvini, S. y Manzini, L. (2010). Las casas de la Constructora Andina. Vanguardia arquitectónica del primer Centenario de Mayo (Mendoza-Argentina). *Revista de Historia Americana y Argentina*, (45), 135-175.
- Corbin, A. (2002). *El perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social. Siglos XVIII y XIX*. Fondo de Cultura Económica.
- Correas, J. (1995). *Historias de familias*. Tomo 3 y 4. Diario Uno.
- Cueto, M. (1997). *El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. IEP.
- Delumeau, J. (1989). *El miedo en Occidente*. Taurus.
- Di Liscia, S. (2000). Itinerarios curativos. Saberes, terapias y prácticas médicas indígenas, populares y científicas (Región Pampeana, 1750-1910) [Tesis de doctorado]. Instituto Universitario Ortega y Gasset, Facultad de Geografía e Historia, Universidad Complutense de Madrid. <https://docta.ucm.es/bitstreams/9df75763-70ec-42e8-9b0b-635afd66d942/download>
- Di Liscia, S. (2011). Marcados en la piel: vacunación y viruela en Argentina (1870-1910). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (2), 409-422.
- Di Liscia, S. y Soprano, G. (2017). *Burocracias estatales: problemas, enfoques y estudios de caso en la Argentina: entre fines del siglo XIX y XX*. Prohistoria Ediciones.
- Fiquepron, M. (2015). Cadáveres célebres y anónimos: funerales, epidemias y distinción social en Buenos Aires (1860-1870). En: S. Gayol y G. Kessler (Comp.). *Muerte, política y sociedad en la Argentina Moderna*. Edhasa. 227-250.
- Fiquepron, M. (2020). *Morir en las grandes pestes. Las epidemias de cólera y fiebre amarilla en la Buenos Aires del siglo XIX*. Siglo XXI.
- Ferrari, A. (2014). Borrachos eran los de antes... El vino como problema sociocultural y político en San Juan, Argentina, 1880-1910. *Rivar*, 3, 53-68.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11 (1), 1-25.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Altamira.

- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio y población*. Fondo de la Cultura Económico.
- Folquer, C. (2011). Cólera morbus y cólera divina. Miedo a la muerte e imaginario religioso en Tucumán (Argentina), a fines del siglo XIX. *Boletín Americanista*, 62, 73-96.
- Giamportone, T. (s/f). *La salud y la sanidad en Mendoza en los comienzos*. http://www.historiademendoza.com.ar/noticias_historicas.php?id=6
- Guardamanga, M. y Cueto, W. J. (2013). Políticas de Estado en democracia: La relación Estado/Sociedad como ámbito de construcción de la política. En: *Si Somos Americanos. Revista de Estudios Transfronterizos*. XIII (2), 59-80. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ssa/v13n2/art04.pdf>
- Hirschegger, I. (2019). La Escuela Mixta de Enfermeros de 1942: una apuesta a la profesionalización de la enfermería en Mendoza. *Trabajos y Comunicaciones*, (49). <https://www.doi.org/10.24215/23468971e084>
- Hirschegger, I. (2018). El sistema sanitario durante neoconservadurismo en Mendoza: problemas y propuestas de cambio entre 1932 y 1943. Anuario del Instituto de Historia Argentina, 18 (2), e078. Memoria Académica. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.9300/pr.9300.pdf
- Hirschegger, I. (2016). La Salud Pública frente a un Estado centralizado: establecimientos y servicios asistenciales en la provincia de Mendoza durante el primer peronismo. *Trabajos y Comunicaciones*, (44). <https://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyCe026>
- Hualde de Pérez Guilhou, M.; Peretti, C. y Peretti, Y. (1986). La lucha contra la tuberculosis en la provincia de Mendoza. *Revista de Historia Americana y Argentina*, (25-26).
- Kreimann, R. (2014). Los Comités de Agua Potable y Saneamiento y la gestión social de un bien común en Nicaragua. Los casos de los CAPS de El Edén y Chompipe. *Agua y Territorio*, (2), 34-47. <https://doi.org/10.17561/at.v1i2.1342>
- Lacoste, P. (1995). *Unión Cívica Radical y en la Argentina 1890-1946*. Culturales de Mendoza.
- Lanciotti, N. S. y Regalsky, A. (2014). Los sistemas de agua potable en la Argentina: gestión pública y gestión privada en dos grandes ciudades, Buenos Aires y Rosario, 1880-1950. En: Fundación de los Ferrocarriles Españoles; TsT. Transportes, Servicios y Telecomunicaciones. *Revista de Historia*, 26(1), 162-197.
- Lemos, N. (1973). *Relato de un Relato. Biografía de un mendocino ilustre*. Francisco A. Colombo
- León León, M. A. (1997). *Tumba profana. Los espacios de la muerte en Santiago de Chile, 1883-1932*. LOM Ediciones.
- Luis, N. (2019). La alpargata en el espacio público. Los efectos de la política lencinista en el espacio público mendocino (1918-1928) [Tesis de Doctorado]. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo.
- Luis, N. (2020). Agua potable y red cloacal. La extensión de los servicios sanitarios en Mendoza durante las gobernaciones lencinistas (1918-1928). *Revista de Historia Americana y Argentina.*, vol. 55(1), 115-153. <http://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/revihistoriargenyame/article/view/3477/2780>
- Luis, N. y Aguerregaray, R. (2020). De 'culpables' a 'víctimas': expansión y profesionalización del sistema de salud en la provincia Mendoza a fines del siglo XIX y principios del XX. *Salud*

Colectiva, 16. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-826520200010100001

Luis, N. y Aguerregaray, R. (2022). Políticas públicas en torno al agua: urbanización, segregación y accesibilidad en la extensión de las redes sanitarias (Mendoza, fines del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX). Ponencia presentada en el VII Congreso latinoamericano de historia económica (CLADE VII), marzo de 2022. Mesa: Aspectos históricos y económicos de los múltiples usos del agua. Políticas públicas, conflictos e intereses (siglos XIX-XXI).

Luis, N. y Cirvini, S. (2021). Políticas sanitarias durante el Lencinismo (1918-1928). El proyecto de Hospital de niños de Mendoza. *Revista de Historia de América* núm., (160). <https://doi.org/10.35424/rha.160.2021.487>

Luis, N. y Raffa, C. (2022). La acción de Obras Sanitarias de la Nación en Mendoza: infraestructura y saneamiento entre acuerdos y conflictos (1918-1928). *Revista de Historia Regional*. <http://historiaregional.org/ojs/index.php/historiaregional>

Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1981). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Paredes, A. (2004). Los inmigrantes en Mendoza. En: A. Roig, P. Lacoste, M. C. Satlari. *Mendoza a través de su historia*. Caviar Bleu, 209-244.

Paiva, V. y Silvestri, G. (2004). Higienismo. En: J. Liernur y F. Aliata (Dir.). *Diccionario de Arquitectura en la Argentina*, 6 Tomo. Clarín, 153-160.

Piñeiro, E. (2007). *Los radicales antipersonalistas. Historia de una disidencia. 1916-1943* [Tesis de Doctorado]. Universidad Torcuato Di Tella. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/7725/1/radicales-antipersonalistas-historia-disidencia.pdf>

Ponte, R. (1987). *Mendoza, aquella ciudad de barro. Historia de una ciudad andina desde el siglo XVI hasta nuestros días*. Municipalidad de la Capital.

Ponte, R. (1999). *La fragilidad de la memoria. Representaciones, prensa y poder de una ciudad latinoamericana en tiempos del modernismo. Mendoza, 1885/1910*. Fundación CRICYT.

Ponte, J. R. y Cirvini, S. A. (1998). *Mendoza, donde las acequias encauzan la historia. Obras hidráulicas coloniales y la cultura del agua*. Gobierno de Mendoza, Mendoza (Argentina): Departamento General de Irrigación.

Raffa, C. (2007). El imaginario sanitario en Mendoza a fines del siglo XIX: Obras salubridad durante la intendencia de Luis Lagomaggiore higiene (1884-1888). *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*. Departamento de Historia. Universidad de Santiago de Chile, 2(XI), 173-200.

Raffa, C. (2020). *Construir Mendoza*. 1a. edición. Instituto de Historia del Arte. Facultad de Filosofía y Letras, UNCUIYO. <https://bdigital.uncu.edu.ar/15153>

Raffa, C. (2020). Políticas sanitarias y arquitectura de Estado en Mendoza: el Gran Policlínico Central (1938-1943). *Estudios Sociales del Estado*, 6(11), 39-75.

Ramacciotti, K. I. (2019). La profesionalización del cuidado sanitario: La enfermería en la historia argentina. *Trabajos y Comunicaciones*, (49): e081. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.9373/pr.9373.pdf

Regalsky, A. (2010). De Buenos Aires a las provincias. La formación de una gran empresa pública: Obras Sanitarias de la Nación, 1891-1930. *Desarrollo Económico*, 50(199), 455-589.

Richard Jorba, R. (2010). *Empresarios ricos, trabajadores pobres. Vitivinicultura y desarrollo capitalista en Mendoza (1850-1918)*. Prohistoria Ediciones.

Richard Jorba, R. (2011). Los gobiernos radicales de los Lencinas en Mendoza. Salud pública y vivienda popular, 1918-1924. Rupturas y continuidades con el orden conservador. *Rosario: Avances del Cesor*, 9, 31-62.

Richard Jorba, R. (2014). Los orígenes del fenómeno populista en Mendoza. El gobierno de José N. Lencinas, 1918-1920. En: Rodríguez Vázquez et al. *Gobernar la provincia del vino. Agroproducción y política entre la regulación y la intervención. Mendoza, 1916-1970*. Prohistoria Ediciones.

Rodríguez Vázquez, F. (2014). De la regulación a la intervención en tiempos de cambio. Las prácticas y vínculos estatales en la provincia de Mendoza, 1916-1970. En: Rodríguez Vázquez et al. *Gobernar la provincia del vino. Agroproducción y política entre la regulación y la intervención. Mendoza, 1916-1970*. Prohistoria Ediciones. 1-9.

Rodríguez Vázquez, F. y Raffa, C. (Coords.). (2016). *Profesionalizando un Estado provincial: Mendoza, 1890-1955*. Instituto de Historia Americana y Argentina, Facultad de Filosofía y Letras, UNCuyo. 43- 83. <http://bdigital.uncu.edu.ar/8430>

Salvatore, R. (2001). Sobre el surgimiento del estado médico en la argentina (1890-1940). *Estudios Sociales*, 20(XI), 81-114.

Semorile, A.; Martín de Codoni, E. y Cano Rossini, L. (1988). *Historia de la medicina en Mendoza*. Tomo 1 y 2. s/e.

Solveira, B. (2014). Agua y saneamiento en la ciudad de Córdoba, Argentina (1880-1935). *TST*, (26), 128-160. http://www.tstrevista.com/tstpdf/tst_26/articulo26_06.pdf

Suárez, P. (2021). *Documentos para la historia del agua en Santa Fe*. Prohistoria Ediciones.

Vallone, S. (2009). Los peligros del orden. El discurso positivista en la trama del control social. EDIUNC.

Repositorios consultados y fuentes

Archivo legislativo (Cámara de Diputados de la provincia de Mendoza y Biblioteca de la Legislatura)

Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de Diputados. En: Archivo de la Cámara de Diputados de Mendoza

- Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de Diputados, 1918 (Caja 473)
- Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de Diputados, 1919 (Caja 474)
- Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de Diputados, 1920 (Caja 475)
- Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de Diputados, 1922 (Caja 476)
- Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de Diputados, 1923 (Caja 477)
- Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de Diputados, 1924 (Caja 477)
- Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de Diputados, 1926 (Caja 477, 478 y 479)
- Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de Diputados, 1927 (Caja 479)
- Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de Diputados, 1928 (Caja 479)

Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de Senadores En: Biblioteca de la Legislatura de Mendoza

- Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de Senadores, 1918 (Caja 1891)
- Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de Senadores, 1919 (Caja 1891)
- Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de Senadores, 1920 (Caja 495)
- Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de Senadores, 1922 (Caja 1891)
- Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de Senadores, 1922-23 (Caja 1891)
- Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de Senadores, 1923 (Caja 496 y 497)
- Diarios de sesiones legislativas de la Cámara de Senadores, 1926 (Caja 497)

Periódicos

(16 de diciembre de 1886). ¡El cólera! *Los Andes*.

(22 de diciembre de 1886). La policia y la epidemia. *Los Andes*.

(22 de diciembre de 1886). La campaña y el cólera. *Los Andes*.

(22 de diciembre de 1886). Policía de higiene. *Los Andes*.

(23 de diciembre de 1886). La comisión nacional. *Los Andes*.

(23 de diciembre de 1886). La Epidemia. *Los Andes*.

(23 de diciembre de 1886). Digno de proceder. *Los Andes*.

(5 de enero de 1887). A setecientos treinta y ocho. *Los Andes*.

- (21 de enero de 1887). Una idea. *Los Andes*.
- (18 de noviembre de 1887). Malas condiciones higiénicas. *Los Andes*.
- (4 de marzo de 1891). La mortandad en Mendoza. *Los Andes*.
- (25 de febrero de 1892). La difteria. *Los Andes*.
- (10 de marzo de 1892). La difteria. *Los Andes*.
- (23 de marzo de 1892). Sobre la difteria. *Los Andes*.
- (11 de marzo de 1892). La difteria. *Los Andes*.
- (28 de abril de 1892). Ordenanza municipal. *Los Andes*.
- (3 de noviembre de 1892). La fiesta de los muertos. *Los Andes*.
- (11 de febrero de 1893). Higiene pública. *Los Andes*.
- (6 de junio de 1894). Realidades amargas. Los niños condenados á muerte. *Los Andes*.
- (15 de junio de 1894). La difteria. *Los Andes*.
- (7 de junio de 1895). Los niños condenados a muerte. *Los Andes*.
- (18 de junio de 1895). Policía médica. *Los Andes*.
- (17 de marzo de 1889). La viruela. *Los Andes*.
- (22 de abril de 1922). El agua potable en la ciudad. *Los Andes*.
- (21 de junio de 1924). El servicio cloacal de Mendoza. *Los Andes*.
- (20 de setiembre de 1924). El barrio Oeste. *Los Andes*.
- (22 de marzo de 1924). Obras Sanitarias de la Nación. *Los Andes*.
- (19 de setiembre de 1924). Agua potable para la calle Nueva de San José. *Los Andes*.
- (5 de agosto de 1924). Ayer fue inaugurada la cantina maternal y dispensario de lactantes en esta capital. *Los Andes*.
- (17 de junio de 1924). Barrios sin agua. *Los Andes*.
- (9 de abril de 1926). El agua corriente. *Los Andes*.
- (27 de octubre de 1926). El agua potable. *Los Andes*.
- (29 de octubre de 1926). La falta de agua corriente en la sección Oeste. *Los Andes*.
- (8 de noviembre de 1926). Los servicios y obras nacionales en Mendoza. *Los Andes*.
- (30 de abril de 1926). Constituiráse la división Mendoza la Liga Nacional contra la tuberculosis. *Los Andes*.
- (22 de diciembre de 1926). El senado prestó anoche sanción a una importante ley de sanidad. *Los Andes*.
- (17 de febrero de 1927). La provisión de agua potable en la ciudad. *Los Andes*.
- (10 de diciembre de 1927). Agua potable. *Los Andes*.
- (23 de noviembre de 1927). El acueducto de las obras sanitarias. *Los Andes*.
- (15 de junio de 1927). La dotación de agua del Río Blanco será destinada con preferencia a la provisión de la ciudad. *Los Andes*.
- (31 de diciembre de 1927). El asunto relacionado con las libretas de salud y los surtidores de agua exigidos por la Dirección de Salubridad. *Los Andes*.
- (3 de noviembre de 1927). Reforma de la ley sanitaria. *Los Andes*.

- (3 de noviembre de 1927). Le tributaron homenajes recordatorios en nuestra necrópolis. *Los Andes*.
- (30 de diciembre de 1927). La provisión de agua potable a Guaymallén. *Los Andes*.
- (10 de agosto de 1928). El estado actual de las redes cloacales en Mendoza. *Los Andes*.
- (11 de mayo de 1928). La ley sanitaria, al margen de la constitución. *Los Andes*.
- (22 de setiembre de 1928). Falta de surtidores en el parque. *Los Andes*.
- (28 de diciembre de 1886). Observaciones consoladoras. *La Palabra*.
- (11 de diciembre de 1886). Precauciones. *La Palabra*.
- (11 de marzo de 1889). La viruela. *La Palabra*.
- (13 de enero de 1887). Notas editoriales. *La Palabra*.
- (19 de octubre de 1918). Higiene y mas higiene. *La Palabra*.
- (22 de octubre de 1918). Ante la gripe. *La Palabra*.
- (6 de noviembre de 1918). La gripe. *La Palabra*.
- (28 de marzo de 1919). Higiene pública. *La Palabra*.
- (4 de junio de 1919). Cierre de los espectáculos públicos. *La Palabra*.
- (4 de junio de 1919). La gripe. *La Palabra*.
- (17 de julio de 1919). La gripe. *La Palabra*.
- (3 de diciembre de 1919). Las dos Mendoza. *La Palabra*.
- (6 de enero de 1919). La salud pública. *La Palabra*.
- (17 de julio de 1919). La gripe. *La Palabra*.
- (7 de junio de 1919). La gripe. *La Palabra*.
- (14 de febrero de 1920). Medidas sanitarias. *La Palabra*.
- (14 de febrero de 1920). Medidas sanitarias. *La Palabra*.
- (6 de agosto de 1920). La lucha contra la tuberculosis. *La Palabra*.
- (30 de marzo de 1921). Los pozos sépticos. *La Palabra*.
- (28 de marzo de 1921). Aguas corrientes en Rivadavia. *La Palabra*.
- (4 de agosto de 1921). La higiene del municipio. *La Palabra*.
- (22 de agosto de 1923). Los departamentos. General Alvear. *La Palabra*.
- (9 de mayo de 1923). ¡La gripe! *La Palabra*.
- (24 de mayo de 1925). S/t. *La Palabra*.
- (12 de mayo de 1925). El desarrollo de enfermedades comunes en el invierno. *La Palabra*.
- (14 de abril de 1926). El desastre técnico de la red cloacal. *La Palabra*.
- (14 de abril de 1926). Los médicos de la provincia están en deuda con la Dirección de Salubridad. *La Palabra*.
- (10 de junio de 1926). La Dirección de OSN no puede aconsejar que la red cloacal sea librada al servicio público. *La Palabra*.
- (11 de junio de 1926). Las enfermedades de invierno. *La Palabra*.
- (23 de junio de 1926). Nuevos hundimientos producidos en las calzadas de esta capital. *La Palabra*.

(12 de junio de 1926). Mendoza, ante el desastre técnico de la colocación de la red cloacal. *La Palabra*.

(11 de junio de 1927). Las enfermedades de invierno. *La Palabra*.

(29 de julio de 1927). La defensa de la salud pública. *La Palabra*.

(7 de diciembre de 1927). La ley de Sanidad. *La Palabra*.

(9 de febrero de 1919). La higiene de la ciudad. *El Socialista*.

(14 de diciembre de 1918). El agua corriente. *El Socialista*.

(10 de diciembre de 1886). Las aglomeraciones. *El Ferrocarril*.

(14 de noviembre de 1886). Comisión de salubridad. *El Ferrocarril*.

(14 de noviembre de 1886). Contra el cólera. *El Ferrocarril*.

(27 de diciembre de 1886). El clérigo Ugart. *El Ferrocarril*.

(27 de diciembre de 1886). El cólera en San Vicente. *El Ferrocarril*.

(12 de enero de 1887). Desprendimiento y filantropía. *El Ferrocarril*.

(11 de enero de 1887). La verdad para hacer justicia. *El Ferrocarril*.

(6 de enero de 1891). La difteria. *El Debate*.

(29 de abril de 1892). Obras de salubridad. *El Debate*.

(27 de junio de 1894). Medidas sanitarias. *El Debate*.

Revistas

(1911). Terrible epidemia de viruela. *Caras y Caretas*.

(10/03/1900). Hospital del Carmen. *Caras y Caretas*.

(22/5/1918). Maipú. Sus adelantos en el radio urbano. *La Semana*.

Biblioteca Pública General San Martín-Autores Locales (BAL)

- Nieto Riesco, J. (1926a). José Néstor Lencinas. Jefe de Partido. Mendoza: Talleres Gráficos Argentinos I. J. Rosso
- Nieto Riesco, Julio. (1926b). José Néstor Lencinas. Jefe de Estado. Mendoza: Talleres Gráficos Argentinos I. J. Rosso
- Orfila, J. A. (1928). Memoria correspondiente al año 1927 presentada al Ministerio de obras públicas por el director general de salubridad. Mendoza.
- Suárez, L. (1924). Memoria presentada a la honorable legislatura por el ministro de industrias y obras públicas Ingeniero Leopoldo Suárez. Año 1922-1923. Mendoza.
- Gobierno de Mendoza. (1909). Álbum Argentino Gloriantus. Provincia de Mendoza, su vida, su trabajo, su progreso.
- *La Memoria del siglo, desde 1900 al 2000*. (2000). *Los Andes*.
- Lemos, Julio. (1892). *Higiene de la difteria*. Mendoza: Tipografía Bazar Madrileño.

Archivo Histórico de Mendoza (AHM)

- Álbum de fotografía de Cristiano Juniors, 1880c.

Dirección General de Estadísticas de Mendoza (DGEM)

- Provincia de Mendoza (1916). Síntesis del anuario de la Dirección general de estadísticas correspondiente al año 1914. Buenos Aires: Talleres S. A. Casa Jacobo Peuser, LTDA
- Provincia de Mendoza (1926). Síntesis del anuario de la Dirección general de estadísticas correspondiente al año 1925. Buenos Aires: Talleres S. A. Casa Jacobo Peuser, LTDA
- Provincia de Mendoza (1928). Síntesis del anuario de la Dirección general de estadísticas correspondiente al año 1926. Buenos Aires: Talleres S. A. Casa Jacobo Peuser, LTDA.
- Provincia de Mendoza (1931). Síntesis de los anuarios de la Dirección general de estadísticas correspondiente a los años 1927-1929. Buenos Aires: Talleres S. A. Casa Jacobo Peuser, LTDA.

Archivo de la empresa Aguas y Saneamientos de Mendoza (AYSAM)

- Mapas y planos sobre la extensión de la red de agua potable y el desagüe cloacal de Mendoza en el siglo XX

Biblioteca de la Municipalidad de la Capital de Mendoza

- Ceretti (1903). Memoria presentada a la Honorable Corporación Municipal por el presidente Manuel A. Ceretti, desde 1° de enero de 1901 a 31 de diciembre de 1902.
- Memoria de la Municipalidad de la Ciudad de Mendoza, correspondientes a los años 1884 2° semestre, 1885, 1886, 1887, 1887.
- Memoria de la Municipalidad de la Ciudad de Mendoza 1899, 1900.
- Digesto Municipal de la Ciudad de Mendoza 1868-1886, 1887.
- Ceretti, Manuel A. (1906). Memoria presentada a la Honorable Corporación Municipal por el presidente Manuel A. Ceretti, desde 1° de enero de 1903 a 31 de diciembre de 1905. Mendoza: Tip. Quinteros.

Archivo de Agua y Saneamientos de Mendoza (AYSAM)

Memorias del Directorio de Obras Sanitarias Nacional (OSN) y Boletines

- Obras Sanitarias de la Nación. (1919). Memoria del Directorio correspondiente al año 1918. Buenos Aires: Casa de Moneda.
- Obras Sanitarias de la Nación. (1920). Memoria del Directorio correspondiente al año 1919. Buenos Aires: Casa de Moneda.
- Obras Sanitarias de la Nación. (1922). Memoria del Directorio correspondiente al año 1921. Buenos Aires: Casa de Moneda.

- Obras Sanitarias de la Nación. Memoria del Directorio correspondiente al año 1922. 1923 Buenos Aires: Imprenta OSN.
- Obras Sanitarias de la Nación. (1924). Memoria del Directorio correspondiente al año 1923. Buenos Aires: Imprenta OSN.
- Obras Sanitarias de la Nación. (1926). Memoria del Directorio correspondiente al año 1925. Buenos Aires: Imprenta OSN.
- Obras Sanitarias de la Nación. (1927). Memoria del Directorio correspondiente al año 1926. Buenos Aires: Imprenta OSN.
- Obras Sanitarias de la Nación. (1928). Memoria del Directorio correspondiente al año 1927. Buenos Aires: Imprenta OSN.
- Obras Sanitarias de la Nación. (1933). Memoria del Directorio correspondiente a los años 1928-1931. Buenos Aires: Imprenta OSN.
- Gellon, Edmundo R. (1937). Obras de saneamiento de la ciudad de Mendoza. En: *Boletín de OSN 1937*. OSN.

Otros Documentos oficiales

- Boletín Oficial de la Provincia de Mendoza (1906; 1918)
- Provincia de Mendoza (1897). Ley y reglamentos relativos a sanidad e higiene pública de la provincia. Mendoza: El Diario.
- Censos Nacionales (1895, 1914).
- Coni, Emilio. (1897). Saneamiento de la Provincia de Mendoza. Buenos Aires: Imprenta de M. Biedma.

Instructivo para prevenir a la República Argentina contra la epidemia de cólera. (1887). Buenos Aires: Departamento Nacional de Higiene.

Las autoras



Rosana Aguerregaray Castiglione

Docente de la Facultad de Artes y Diseño, Universidad Nacional de Cuyo. Obtuvo los títulos de licenciada y profesora de Historia del Arte y, posteriormente, se doctoró en Historia; carreras que realizó en la UNCuyo. Fue becaria doctoral y posdoctoral del CONICET. Ha sido integrante y dirigido distintos grupos interdisciplinarios de investigación, financiados por la UNCuyo y el CONICET. Ha presentado sus trabajos en numerosos eventos provinciales, nacionales e internacionales, y ha publicado artículos en revistas científicas y capítulos en libros relacionados con la temática de estudio.



Natalia Luis

Es profesora de grado Universitario y Doctora en Historia (Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo). En la actualidad es becaria posdoctoral en el Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), y miembro del equipo de Historia y Conservación Patrimonial (INCIHUSA, CONICET) Mendoza, Argentina. Su trabajo de investigación se enmarca en la historia urbana del siglo XX, aborda principalmente la historia de las infraestructuras y la vinculación entre los procesos sociopolíticos y espaciales en Mendoza durante las primeras décadas del siglo XX. Ha participado de congresos y publicado artículos y capítulos de libro relativos a las temáticas que estudia.