



URVIO, Revista Latinoamericana de
Estudios de Seguridad

ISSN: 1390-3691

revistaurvio@flacso.edu.ec

Facultad Latinoamericana de Ciencias
Sociales
Ecuador

Partenio, Florencia

Rosario en cuarentena: normalización y disciplinamiento de la población durante las
epidemias, 1860-1904

URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad, núm. 7, mayo, 2009, pp. 83-
97

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
Quito, Ecuador

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552656558005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Rosario en cuarentena: normalización y disciplinamiento de la población durante las epidemias, 1860-1904

Rosario in quarantine: normalization and disciplinization of the population during the epidemics, 1860-1904

■ Florencia Partenio¹

Fecha de recepción: marzo 2009

Fecha de aceptación y versión final: mayo 2009

Resumen

Este artículo se propone rastrear los cambios en las estrategias de control desplegadas para sanear la ciudad de Rosario, frente a los brotes epidémicos registrados en el último tercio del siglo XIX. Para analizar estas intervenciones, se explora la articulación entre prácticas discursivas y extra discursivas del campo médico higienista en el contexto de conformación del Estado nación argentino. Estas prácticas disciplinarias operan como *infraderechos* (Foucault, 2000) que ponen en marcha una serie de coerciones bajo las cuales se puede inspeccionar, separar y aislar a los individuos afectados por la enfermedad, combinando una serie de mecanismos moralizantes y, por momentos, represivos. En este marco, se analizan las resistencias generadas frente a estos procesos de normalización y disciplinamiento de la población urbana.

Palabras clave: epidemias, procesos de normalización, dispositivos disciplinarios, higienismo, técnicas de cuarentena, ciudad de Rosario.

Abstract

This article aims to track changes in the strategies of control used to sanitize the city of Rosario during the outbreaks of epidemics that took place in the last third of the 19th century. To analyze these interventions, we'll explore the relationship between discursive and extra discursive practices of medical-hygienist field. These practices work as *rights below* (Foucault, 2000) that put in motion a series of coercions under which individuals affected by the disease can be inspect, separated and isolate combining a series of moralizing, and at times repressive, mechanisms. Also, we analyze the resistance generated by the urban population towards these processes of normalization and discipline.

Keywords: epidemics, normalization processes, disciplinary devices, hygienist, techniques of quarantine, Rosario city.

¹ Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Becaria doctoral del Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (CEIL-PIETTE) del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) de Argentina.

Correo electrónico: fpartenio@hotmail.com

El Gobierno conoce plenamente sus responsabilidades y espera que aquellos a quienes se dirige este mensaje asuman también, como ciudadanos conscientes que sin duda son, las responsabilidades que les corresponden, pensando que el aislamiento en que ahora se encuentran representará, por encima de cualquier otra consideración personal, un acto de solidaridad para con el resto de la comunidad nacional. Dicho esto, pedimos la atención de todos hacia las instrucciones siguientes.

José Saramago. *Ensayo sobre la ceguera*

Entre finales del siglo XIX y principios del XX, las principales ciudades argentinas experimentaron un cambio profundo al aumentar rápidamente su población y, con ella, los problemas de urbanización e infraestructura sanitaria. El crecimiento demográfico, provocado por la llegada de inmigrantes europeos, se registró principalmente en Buenos Aires y Rosario.

Durante este período, una serie de enfermedades infectocontagiosas, gastrointestinales y la llamada “peste blanca” o tuberculosis afectaron a estas ciudades. En el caso de Rosario —ubicada en la provincia de Santa Fe—, se registraron cuatro brotes epidémicos: en 1867 sufrió la primera epidemia de cólera; en 1886 la misma enfermedad se presentó a escala nacional y se desató con especial virulencia en Rosario; en 1894 se volvió a extender el cólera en esa zona; en el último año del siglo la ciudad recibió el impacto de la epidemia de peste bubónica.

Ante los reiterados brotes, Rosario fue aislada como una “ciudad apestada” y en cuarentena. Las medidas dispuestas por instituciones públicas nacionales y municipales entraron —más de una vez— en contradicción con los intereses económicos, dado que para detener el “contagio” era necesario paralizar los intercambios comerciales y sus-

pendar las comunicaciones y vías de transporte (Armus, 1984; Hardoy, 1984).

De acuerdo con algunos autores y autoras (Salessi, 2000), entre 1887 y 1893 aproximadamente, se produjo un cambio en las estrategias de control de la población argentina. En referencia a Buenos Aires, luego de la epidemia de fiebre amarilla registrada en 1871, se abandonó la técnica de cuarentena (Murillo, 2000). Sin embargo, en el caso de Rosario, estas modificaciones adquirieron una dinámica diferente y se observó que, durante la última década del siglo XIX, se volvió necesario recurrir a la técnica de cuarentena para detener la propagación de la enfermedad.

En este artículo rastrearemos las condiciones bajo las cuales se produjo ese cambio en las estrategias de control desarrolladas frente a los brotes epidémicos en Rosario. Este trabajo se inscribe en el contexto de la conformación del Estado nación argentino, momento en el que se producen complejos y heterogéneos procesos de normalización y disciplinamiento, constituidos a partir de una dimensión totalizante e individualizante del poder (Murillo, 1999; 2000). En este contexto, una serie de dispositivos disciplinarios (familia, escuela, consejos de higiene pública, entre otros) fueron herramientas centrales de las formas hegemónicas que adquirió la *gubernamentalidad* de las poblaciones (Foucault, 1981) y de las maneras de “suturar” el problema de la “cuestión social” (Murillo, 2008). De este modo se constituyeron dispositivos estatales y paraestatales desde los que se observaron y organizaron la asignación de espacios

en los cuales los cuerpos de todos los ciudadanos fueron adquiriendo hábitos a través de tecnologías de poder y de gobierno de sí mismos. [...] La construcción de maneras plasmadas en hábitos construyó a los cuerpos como previsibles, tanto a nivel individual y familiar como en la perspectiva de la población entendida como colectivo (Murillo, 2008: 56).

Siguiendo el análisis de Murillo, este proceso histórico de “racionalización” y disciplinamiento fue extenso y por momentos adquirió un carácter contradictorio.

A partir del corpus documental analizado,² se observa una lenta transformación histórica de la utilización de cuarentenas sociales al uso de la vigilancia panóptica. En este movimiento, que va del proyecto de la disciplina-bloqueo al desarrollo de la disciplina-mecanismo, Foucault (2000) ubica la formación de la sociedad disciplinaria. En este proceso se encontrarían dos proyectos, ubicando en

un extremo, la disciplina-bloqueo, la institución cerrada, establecida en los márgenes, y vuelta toda ella hacia funciones negativas: detener el mal, romper las comunicaciones, suspender el tiempo. Al otro extremo, con el panoptismo tenemos la disciplina-mecanismo: un dispositivo funcional que debe mejorar el ejercicio del poder volviéndolo más rápido, más ligero, más eficaz, un diseño de las coerciones sutiles para una sociedad futura (Foucault, 2000: 212).

A partir de este movimiento también interesa rastrear las formas en que se combinaron estas “coerciones sutiles”, moralizantes y persuasivas³ con el retorno de procedimientos represivos.

Para poder indagar en estas cuestiones, partimos del concepto de *estrategia* (Foucault, 2003), que se dibuja a partir de un entramado de tácticas y técnicas que se articulan y despliegan a través de prácticas que apuntaron a controlar las poblaciones mediante la vigilancia y la clasificación. Para ello, recurrimos a lo que Foucault denomina la articulación

entre prácticas discursivas y extra discursivas. Las primeras pertenecen al orden de lo enunciable, entendidas como un grupo de discursos que responde a regímenes de enunciación y que poseen un campo de posibilidades estratégicas donde es posible identificar –en términos de Chartier (1996)– una unidad temática en los discursos como, por ejemplo, estadísticas, memorias médicas, reglamentos, proyectos de ley, ordenanzas, leyes, censos, entre otros. Las segundas pertenecen al orden de lo visible y pueden analizarse a través del funcionamiento de las regulaciones al interior de instituciones públicas, la arquitectura de las construcciones de instituciones municipales y nacionales, la distribución al interior de los espacios, las prácticas de peritaje médico y de inspección, etc. En referencia a estas articulaciones, interesa indagar los alcances, restricciones y espacios de acción de estas prácticas.

Hemos organizado este artículo en tres apartados. En el primero se rastrea la incursión de las prácticas médicas higienistas en los primeros brotes epidémicos en Rosario, sin perder de vista la orientación que tomaron las políticas sanitarias implementadas en Buenos Aires. En el segundo se analiza los avances en el diseño de dispositivos de higiene pública local y las propuestas enunciadas desde el campo médico con presencia nacional. En el tercero se estudia los avances y retrocesos generados en términos de políticas sanitarias en los últimos años del siglo XIX y principios del XX.

De pestes, fiebres y otros cóleras: la mirada médica higienista

El discurso médico alienista-higienista fundaba sus bases teóricas en el positivismo; su énfasis estaba en el lugar de la ciencia como un elemento que motorizaba las transformaciones en la sociedad. El alienismo, cuya forma de intervención médica asignaba al espacio cerrado una valoración de carácter terapéutico, se vio complementado por el modelo higienista que orientó su mirada a controlar los espacios abiertos y generar políticas de saneamiento.

2 Entre ellas, ordenanzas municipales, disposiciones, informes de inspección, decretos, memorias municipales, tesis doctorales médicas, planos de construcción de edificios, censos, entre otros.

3 Entendemos la noción de *persuasión* en el marco de las tácticas de moralización como modo predominante que se suponía alejado de la utilización de la violencia directa –concebida desde la mirada médico-higienista moderna– como arbitraria (Murillo, 2000 y 2008).

De acuerdo con Murillo, “la Medicina vino a salvar la paradoja de que siendo el contrato social producto de individuos libres e iguales, en los hechos el Estado pueda usar la violencia contra algunos” (2000: 24). En este marco, serán entendidas como “razonables” y prudentes las prácticas que tiendan al “secuestro” de personas en un espacio asilar (lazareto, sífilicomio, casa de aislamiento, psiquiátrico, entre otros). Es en este mismo sentido que las prácticas disciplinarias funcionan como *infraderechos* (Foucault, 2000) que subyacen el sistema formal de igualdades y libertades jurídicas, y como mecanismos “menudos, cotidianos, físicos, todos esos sistemas de micropoder esencialmente inigualitarios y disimétricos” garantizan la sumisión de las fuerzas y de los cuerpos (Foucault, 2000: 225).

En el caso de la Argentina, la preocupación de la élite médica letrada, que había asumido funciones públicas⁴ en la segunda mitad del siglo XIX, se concentraba en los “focos de infección” generados por las condiciones habitacionales y arquitectónicas de las ciudades, y por los miasmas emanados de las aguas servidas, devenidos en fuentes de propagación de enfermedades.

Aunque en 1866 se habían registrado algunos casos en Buenos Aires, las expresiones mortíferas del cólera se presentaron en febrero de 1867, entre las tropas combatientes de la guerra contra el Paraguay. Por encontrarse comunicadas con la zona del conflicto a través del río Paraná, las provincias de Santa Fe y Corrientes se vieron especialmente afectadas. De acuerdo con la teoría miasmática, por los ríos y afluentes corrían “cadáveres coléricos”, restos de “animales resultantes del carneo”, componiendo una atmósfera “saturada de veneno” que propagaba la transmisión (Pomer, 1971).

4 Si bien existen antecedentes en 1822, los primeros intentos por delinear una política científica aplicada al campo social se registran en 1852, con la creación de la Facultad de Medicina, la Academia de Medicina y el Consejo de Higiene Pública, formando un cuerpo médico en Buenos Aires (González Leandri, 2000; Murillo, 2000).

En marzo de 1867, luego de algunas sospechas, el Tribunal de Medicina reconoció la epidemia de cólera en Rosario. En este caso los médicos de la Comisión de Higiene Provincial dispusieron una serie de medidas destinadas a la población como: limpieza y blanqueo de viviendas; quema de basuras; control sobre el expendio de agua, leche y carne; limpieza del puerto; “inspecciones” domiciliarias. Con fondos provinciales y privados se improvisaron espacios sanitarios de atención para la población “atacada” (como un lazareto de aislamiento, un sanatorio, entre otros), y una barcaza para “aislamientos” y fumigación de la correspondencia (Álvarez, 1998).

El brote se prolongó hasta principios de 1868 en distintas provincias. En Rosario se registraron 420 defunciones y en Buenos Aires se llegaron a producir, en diciembre de 1867, cien muertes por día (Álvarez, 1998). Pasada la tormenta colérica se postergaron aquellos proyectos que proponían cegar la laguna ubicada en el centro de la ciudad donde se acumulaban desperdicios y proveer de una red de agua potable.

Los efectos del cólera habían suscitado debates en torno a las causas y la propagación de la enfermedad, principalmente entre aquellos médicos partidarios de la antigua teoría miasmática (o anticontagionista) —que consideraba las fuentes de pestilencia como medios de propagación, afectando a quienes tenían mayor “predisposición”— y aquellos que abogaban por la teorías contagionistas. En el medio local rosarino, se destacaba el reconocimiento de la opinión de médicos europeos que remarcaban las malas condiciones higiénicas de las personas perjudicadas por la epidemia. Otras posturas enfatizaban en las condiciones habitacionales de los sectores populares e inmigrantes recién llegados que vivían hacinados en “corralones y ranchos”.⁵ A su vez,

5 Las opiniones del doctor Hutchinson —enmarcado dentro de las tesis anticontagionistas— contaban con el prestigio de su experiencia en epidemias de cólera en Europa y África. Tomando como ejemplo su experiencia alemana, el doctor Schri-

este reconocimiento a la actuación médica se enmarcaba en un contexto de disputa entre el “saber diplomado” del Tribunal de Medicina frente a la práctica de “curanderos y curanderas”⁶ (Prieto, 1996).

En referencia a la habilitación de nuevos poderes municipales, en 1868 la ley provincial creó los Consejos de Higiene Departamentales, que tuvieron como función orientar al gobierno provincial en cuestiones sanitarias y controlar la práctica “legal” de la medicina. Esta medida fue avalada por el Presidente de la nación, quien remarcaba el rol de dichas instituciones:

Para cuidar de la salubridad pública han entrado a formar parte regular del Gobierno y la administración de las ciudades, con autoridad propia para dar ordenanzas, con fuerza propia para hacerlas cumplir”.⁷

Como parte de las medidas locales se aprueba una ordenanza en ese mismo año que apunta a reglamentar la problemática habitacional al restringir la cantidad de ocupantes de una vivienda según el tamaño de cada pieza.

Trazando un paralelo con las políticas sanitarias desarrolladas en Buenos Aires, el brote epidémico provocó discusiones que marcaban la importancia de la higiene pública para evitar el impacto de estas enfermedades. De acuerdo con González Leandri, esta epidemia “dio carta de ciudadanía a la cuestión higiénica y produjo un primer punto importante de inflexión en su tratamiento, al menos discursivo” (2000: 226). Desde el moderno discurso de un sector

bener consideraba que el eje debía estar en combatir los “focos de infección”, mejorar las viviendas de los sectores populares y proveer de agua potable (González Leandri, 2000; Álvarez, 1998).

6 Como parte de la combinación de distintas artes curativas, la práctica de “curanderos y curanderas” se encontraba muy extendida en América Latina (Armus, 2003).

7 “Discurso del señor Sarmiento en la inauguración de las Aguas Corrientes”, pronunciado en Buenos Aires en 1868 (citado en González Leandri, 2000: 228).

de la élite política se apoyaba la construcción de obras públicas para la mejora de las condiciones sanitarias; sin embargo, estas no llegaron en el tiempo esperado por el núcleo médico rosarino. El retraso en la aplicación de estas medidas se agudizó aún más si consideramos los alcances de las prácticas higienistas en el resto de las provincias y territorios nacionales más distantes de la ciudad de Buenos Aires.⁸

Los debates dentro del campo médico-higienista e institucional se vieron acelerados con el brote epidémico de fiebre amarilla en 1871, que paralizó las actividades comerciales y productivas de Buenos Aires (González Leandri, 2000; Murillo, 2000). La enfermedad se manifestó a finales de enero y desapareció recién en junio. El Gobierno nacional dispuso una serie de medidas que utilizaban la técnica de cuarentena sobre esta ciudad.

Por su parte, el Municipio de Rosario tomó medidas preventivas: estableció un cordón sanitario en el límite de Córdoba; se interrumpieron las comunicaciones telegráficas; se fumigó la correspondencia; se estableció el aislamiento por 15 días en una isla para todas las procedencias del norte y de aguas abajo; en marzo se cerró el puerto; se suspendieron las actividades en curtiembres; se desalojaron los “cuartos y ranchos” habitados en las riberas. A raíz de las opiniones de algunos médicos locales que sostenían que la fiebre amarilla no era contagiosa y por eso pedían la reactivación de la actividad portuaria, un grupo de habitantes atemorizados por la gran mortandad causada en Buenos Aires exigió a las autoridades que se mantuviera el puerto cerrado (Álvarez, 1998). Las posturas de estos médicos se encuadraban dentro de las teorías miasmáticas que veían como inútiles las técnicas de cuarentena y los cordones sanitarios, al igual que los sectores empresarios y comerciales.

Para evitar el recrudecimiento de esta enfermedad en Buenos Aires, se exigió a la población “denunciar lugares de acumu-

8 Al respecto ver los trabajos compilados en Di Liscia, y Bohoslavsky (2005).

lación de suciedad y de enfermos”, penalizar la actitud de “desaseo” e implementar el “incendio de conventillos y se ordenó la disolución de reuniones en pulperías, bodegones e inquilinatos, que se realizaran luego de las nueve de la noche” (Murillo, 2000: 30-31). La extensión de las prácticas higiénicas empezaba a modificar los modos de vida de la población. En el caso rosarino, aunque a finales de 1873 se sancionaron tres ordenanzas para regular las “casas de inquilinato y conventillos”, la puesta en práctica de las mismas solo pudo realizarse en algunas zonas (Hardoy, 1984; Prieto, 1996). Aunque los discursos higienistas los consideraron como espacios críticos, los intentos de reglamentación de “casas y conventillos” se toparon con sucesivas restricciones a lo largo del período analizado.

Rosario en los años ochenta: avances higienistas, olas de mortandad y viejas tensiones

Hacia 1880, la medicina higienista alertaba sobre la posibilidad de que las epidemias alejaran los flujos de inmigrantes por temor a las olas de mortandad que azotaban las ciudades argentinas (Salessi, 2000). En ese mismo año se organizó en Buenos Aires el Departamento Nacional de Higiene (DNH) como institución de control sanitario.

En el ámbito municipal, la llegada de Octavio Grandoli en 1883⁹ modificó —en cierto sentido— las medidas tomadas hasta el momento desde la intendencia. En este caso, impulsó un programa de desinfección de la ciudad —sugerido por el Municipio de Buenos Aires— en el cual destacaba:

[El] deseo de proceder sin pérdida de tiempo a colocar la ciudad en las mejores condiciones higiénicas, de modo que la próxima estación nos encuentre bien

9 Primer intendente elegido por los vecinos. Esta facultad se suspendió en 1890, cuando el gobierno provincial volvió a tener la atribución de designar.

prevenidos y preparados a cualquier acontecimiento epidémico que nos pueda sobrevenir, se ha encomendado a los comisarios municipales procedan a practicar visitas domiciliarias y hagan dar estricto cumplimiento a las disposiciones vigentes (Municipalidad de Rosario, 1884: 13).

De este modo se puso en práctica una serie de disposiciones que incluían: el control de desperdicios; blanqueo general de viviendas bajo amenaza de “multa a los infractores”; desalojo de personas en “conventillos insalubres”; limpieza de letrinas; control de alimentos (leche, carne, y frutas); la prohibición de criaderos de cerdos en el centro de la ciudad; censos en inquilinatos y conventillos, entre otros. (Municipalidad de Rosario, 1884: 5-14). También se propuso la construcción de una red de agua potable para la ciudad, cuya concreción se demoró más de lo previsto.

Con la reactivación de las comisiones vecinales encargadas de llevar a cabo las “visitas domiciliarias”, la práctica de supervisión —en términos de *Policía médica* (Rosen, 1985)— se volvió cotidiana en los barrios, desatando una serie de resistencias entre los individuos inspeccionados. Con ellas se reactualizaron los estereotipos sobre cierta población urbana, que fue denostada por el intendente en sus informes:

No es dudosa la cooperación de la mayoría de los vecinos y principalmente de las personas acomodadas, interesadas en la salubridad de la ciudad; pero no sucede lo mismo con la población que habita las casas de inquilinato, conventillos, etc., y que son los que más requieren la inspección y vigilancia de los comisarios (Municipalidad de Rosario, 1884: 10).

Entre las preocupaciones del intendente también se encontraba la presencia de “otros” subalternos representada en el aumento de la mendicidad en las calles y la asistencia médica de los mismos, dado que los habitantes “no pueden estar expuestos a las detenciones que se les hace en media calle, ni al contacto siempre repugnante de semejantes desgra-

ciados” (Municipalidad de Rosario, 1884: 112). Siendo “muy costosa” la construcción de un asilo para alojarlos, las autoridades municipales requirieron la ayuda de la caridad pública para su atención.

De acuerdo con algunos estudios, habría que llegar a la segunda epidemia de cólera para reconocer a la higiene como práctica instalada en los espacios y organismos públicos de Rosario (Prieto, 1996). Pero, al mismo tiempo, este nuevo escenario epidémico pondrá en evidencia las disputas entre los poderes médicos locales y nacionales frente al diagnóstico de la enfermedad.

En noviembre de 1886, bajo la técnica de la cuarentena, la ciudad fue aislada y las medidas implementadas fueron acordadas entre el DNH, el gobierno provincial y el Municipio. Desde Buenos Aires declararon el aislamiento para todos los rosarinos que llegaran a esta provincia. Las comunicaciones también se interrumpieron ya que las provincias limítrofes prohibieron la entrada de los trenes de Rosario y la actividad portuaria se vio perjudicada. Estas medidas entraron en contradicción con los intereses de los grupos económicos que veían frenada la actividad productiva y comercial. La división de la ciudad en seis secciones sanitarias con médicos a cargo de las mismas permitió la implementación de medidas como la desinfección y/o desalojo de bodegones, casas de inquilinato y conventillos; se incendiaron cuartos y “ranchos infectados”; se realizó la limpieza de calles. Nuevamente, con el fin de individualizar y segregar a “los afectados”, se abrieron dos lazaretos, uno de ellos fue creado con fondos privados provenientes de la filantropía y la élite política local.

En un contexto signado por la virulencia de la epidemia, el intendente recientemente electo aprobó la creación de organismos que “institucionalizaron la higiene pública” (Prieto, 1996: 63). De esta forma, en abril de 1887 se especializaron las funciones al crear la Asistencia Pública, la Oficina de Higiene, la Oficina de Química y la Estación de Desinfección (Digesto Municipal de Rosario, 1890).

La Oficina de Higiene, dirigida por un “médico recibido y reconocido por el Consejo de Higiene”, un “inspector perito” y “cuatro comisarios municipales” como “subinspectores”, tuvo como principal función la “Policía bromatológica y demográfica, y la inspección de los establecimientos o industrias incómodas e insalubres, proponiendo todas aquellas medidas que sobre higiene pública y salubridad requieran conocimientos especiales” (Digesto Municipal de Rosario, 1890: 133-134). De acuerdo con un modelo reticulado (Foucault, 2000), las técnicas de inspección y de examen continuo son diseñadas desde la Oficina de Química y de las comisiones seccionales de Higiene y Salubridad.

En los reglamentos de agosto de 1887 se especificaron las técnicas de vigilancia ejercidas por los “miembros de cada subcomisión” sobre un espacio perfectamente diferenciado:

Inspección general de cada manzana, número de casas [...] inspecciones minuciosas, revisando número de habitantes, número de piezas, sus extensiones y altura, si tiene o no letrinas y en qué condiciones, si hay o no sumideros, pozos,¹⁰ cocinas, patios, etc.; redacción de un parte diario “detallado de las inspecciones practicadas”; el cálculo del “número de inquilinos que pueda admitirse en cada cuarto será proporcionado al volumen de aire que aquellos contengan; obligación de dar cuenta inmediatamente a la Intendencia de los charcos o pantanos que encuentren para ser rellenados con prontitud (Digesto Municipal, 1890: 160).

Si bien durante esta etapa la creación y división de funciones le otorgó una “capa-

10 La gran mortandad causada por el brote epidémico aceleró la terminación del tendido de agua potable y en 1887 se inició el servicio. Para complementar este suministro, el siguiente año se diseñó la construcción de cloacas y desagües que permitieran eliminar las “aguas servidas” y acumuladas en pozos; estas obras se concluyeron recién en 1899. La relevancia del desarrollo de estas obras pudo encontrarse en los escritos del doctor Gabriel Carrasco (1907).

ciudad de actuación” inédita al sector higienista local, algunas tareas y áreas seguían pendientes. La efectividad de este modelo se vio restringida por las alteraciones presentadas en su implementación cotidiana. Por un lado, una serie de cuestiones tendían a obstaculizar su accionar tales como la falta de registros estadísticos de la población y la connivencia de funcionarios públicos y propietarios frente al efectivo cumplimiento de las disposiciones referidas a las condiciones de los conventillos (Hardoy, 1984). Con el fin de reglamentar las condiciones de salubridad de las viviendas, desde estas dependencias se impulsaron dos proyectos: el *Reglamento de edificación* que se emitió en 1890 y el *Reglamento de conventillos* –propuesto por la Oficina de Higiene en 1887– aprobado en 1891 (Digesto Municipal, 1892). Sin embargo, aunque la ordenanza de 1891 responsabilice a “los propietarios, gerentes o inquilinos principales” (Digesto Municipal, 1892: 431-433) y autorice las “visitas de inspección” “sin aviso” previo, estos reglamentos nunca fueron de aplicación obligatoria en toda la ciudad, y su lente se enfocará en las zonas céntricas, descuidando los barrios obreros. Lo mismo sucedía con otras medidas de higiene como el empedrado y pavimentación de calles, la recolección de basuras y las obras de salubridad (Armus y Hardoy, 1990).

Por otro lado, los mayores conflictos y actitudes de “indisciplina” de ciertos sectores de la población los enfrentaba la Estación de Desinfección a partir de las prácticas de supervisión. Los informes diarios y las crónicas periodísticas de la época nos devuelven una imagen representada por la suma de riñas cotidianas del “cuerpo” o “cuadrilla de desinfectadores” intentado ingresar a los establecimientos considerados “insalubres”. En algunas ocasiones, las inspecciones revestían un carácter violento ya que los habitantes de las casas de inquilinato y casillas desafiaban la autoridad, se negaban a la “inspección” y esto motivaba la intervención policial; en otros casos, la coacción se ejercía sobre los vendedores ambulantes que –según los partes

diarios– cometían toda clase de “abusos” y por ello debía incautarse los alimentos que vendían (Digesto Municipal, 1890).

En contraposición a las disposiciones implementadas en Rosario durante esta segunda epidemia de cólera, una serie de tácticas y técnicas encaradas por el DNH pusieron en evidencia la necesidad de abandonar las medidas cuarentenarias frente a los embates epidémicos. En los informes presentados en 1887 con motivo de la construcción de un lazareto en la “rada” exterior del puerto de Buenos Aires, los médicos de esa ciudad afirman que “las cuarentenas tienen que ser reemplazadas por medidas más prácticas, más científicas, más seguras y económicas” (DNH, 1887: 242-243) sin obstaculizar el tránsito comercial.¹¹ La diversificación y centralización de los dispositivos higiénicos de control estatal se hizo presente a partir de 1890 (Salessi, 2000). En 1892 el doctor José María Ramos Mejía asumió la dirección del DNH y diseñó un proyecto de salubridad nacional con el fin de impulsar una intervención permanente en las ciudades, provincias y territorios nacionales del país. Desde esta institución se diseñaron técnicas de vigilancia de los habitantes urbanos y desde 1893 se controló el movimiento de los puertos del país a través del *Reglamento de inspectores de sanidad*. Los guardas sanitarios se encargaron de controlar el tránsito de habitantes y mercancías sin detener la marcha de sus actividades. La incidencia de este punto era central sobre Rosario dado el movimiento que adquiría por su importante actividad portuaria y por el traslado permanente de trabajadores y trabajadoras migrantes entre las zonas rurales y urbanas.

Influenciada por la impronta discursiva moderna, a principios de 1890 se reorganizó

11 Estas intervenciones médicas son citadas en el estudio de Salessi en función de una serie de medidas implementadas para lograr un “filtro selectivo” que detenga “lo sospecho” pero a la vez permita la circulación en la actividad comercial y migratoria de Buenos Aires (Salessi, 2000: 93-94).

la Asistencia Pública de Rosario, abarcando nuevos “ramos” enfocados –en términos de Rosen (1985)– en la *salud física y moral* de la población como por ejemplo el “servicio médico gratuito a los pobres,”¹² la superintendencia de lazaretos y sifilicomicios, administración de cementerios, prostitución, profilaxia y vacunación” (Digesto Municipal, 1892: 20-21). Sin embargo, su director –el médico Isidro Quiroga– elevó una serie de reclamos por mayor presupuesto provincial –principalmente para lazaretos y sifilicomicios– que evidenciaron las deficiencias que hicieron entorpecer el funcionamiento efectivo de estas dependencias sanitarias.

Últimas pestes del siglo: viejos problemas, mismas soluciones y nuevos temores

A principios de 1894, el intendente manifestó su apoyo a la gestión de la Asistencia Pública, impulsando la reorganización de las “comisiones vecinales” integrada por “vecinos inspectores”, el control de las procedencias del puerto y la reapertura de la Casa de Aislamiento (Digesto Municipal, 1896: 765-767).

El incremento de los casos de cólera en noviembre de 1894 reactualizó la escena de disputa anterior y finalmente el DNH declaró la tercera epidemia de cólera en Rosario.

Las prácticas implementadas por la Asistencia Pública utilizaron las técnicas de inspección domiciliaria que procedieron al “desalojo”, “incineración de pertenencias personales (ropas, mantas, entre otras)”, “quema de ranchos y casillas”, control de las frutas destinadas al consumo, traslado de los enfermos a los “lazaretos de aislamiento”, entre otros (Digesto Municipal, 1896). Finalmente la

intervención médica logró controlar la epidemia a finales de mayo de 1895.

Como consecuencia de la falta de registros completos sobre las condiciones sanitarias y del incumplimiento de las normativas por parte de la población, se emitió una ordenanza a fines de 1895 que autorizó el cobro de “multas” para todos aquellos que no declararan a los enfermos (Digesto Municipal, 1896: 613). Teniendo en cuenta que los barrios obreros habían sido los más afectados en esta última epidemia, se coordinó desde la Oficina de Higiene un censo de “conventillos y de establecimientos insalubres” para conocer “el verdadero” estado sanitario de los mismos. Las cifras registradas fueron claramente diferentes a la situación real, porque un sector de los establecimientos eran protegidos por los grandes propietarios (Hardoy, 1984).

En el período previo a la última epidemia del siglo (1898-1899), las evaluaciones del nuevo intendente Lamas expusieron las condiciones de salubridad de la ciudad y la conveniencia de adoptar “medidas profilácticas” en vez de recurrir a respuestas “represivas”. Validando sus acciones a partir de los discursos higienistas europeos, citó en sus informes las recomendaciones del profesor francés doctor Brouardel, quien sostuvo que “el saneamiento no se hace súbitamente, bajo la presión de la fuerza ó del miedo; es asunto que requiere años” (Municipalidad de Rosario, 1901: XIII). De esta forma, el intendente detalló que

las medidas sanitarias que se imponen son de dos órdenes: o profilácticas o represivas. Y es precisamente a las primeras, que son las decisivas [...] a las que la Intendencia ha prestado atención preferente, sin descuidar la adquisición de los elementos indispensables de defensa para el caso desgraciado de la invasión de una epidemia (Municipalidad de Rosario, 1901: XII).

A finales de 1899, las posiciones encontradas entre el DNH y los médicos municipales

¹² Resulta significativo el cambio en el tratamiento de la situación de “pobres y mendigos” que centraliza esta función en manos del Municipio.

retrasaron el diagnóstico de peste bubónica.¹³ Finalmente las autoridades locales oficializaron el brote epidémico en enero de 1900 (Municipalidad de Rosario, 1901). Por decreto del Gobierno nacional, Rosario volvió a quedar cercada por la “peste de Oriente”, más conocida como enfermedad de las ratas, estableciendo un cordón sanitario en sus fronteras. La función que ejercía el DNH como “gobierno sanitario” de la nación fue reafirmada por esta medida y por su injerencia en el período que duró la epidemia en esta ciudad.¹⁴ En este escenario, los poderes locales disputaron la intervención en el territorio, emitiendo una serie de disposiciones que agilizaban las acciones de la Inspección General y de la Asistencia Pública.

En el informe del inspector general se denunció la falta de registros y memorias de la gestión anterior y se enumeraron las medidas implementadas: “se aislaron 108 casas y quedaron, en las mismas, 235 personas dentro de ellas en observación”, a las cuales se suministró alimentos; se desalojaron “casillas de madera y conventillos malsanos (1074)”; se “vigilaron espectáculos públicos”; se bañaron con “pulverizadores y estufas locomóviles” a más de 20 mil personas; se efectuaron 68.843 inspecciones domiciliarias; se realizaron “visitas nocturnas” en “casas sospechosas, bares y fondas”, y diurnas en tambos, panaderías, estaciones de ferrocarriles, molinos y barracas —donde se registraron los primeros casos— (Municipalidad de Rosario, 1901: 171-176). En estas “visitas de inspección” los inspectores mencionaron la “peligrosidad”¹⁵ que representaba

semejante “aglomeración” y la “promiscuidad” entre individuos, donde “hubo que proceder con severidad para higienizarlos” (Municipalidad de Rosario, 1901: 170). Estas visitas también se realizaban en las “casas de tolerancia” para que las mujeres —en situación de prostitución— “no se exhiban en las calles ni produzcan escenas chocantes” (Municipalidad de Rosario, 1901: 175).

A pesar de los avances materializados en las dependencias y servicios creados, en el escenario epidémico de fin de siglo se volvieron a recrear medidas que oscilaron entre la improvisación y la precariedad, en muchos casos, originada en la falta de recursos. En vista del número de pobladores afectados, se alquilaron “galpones” como lazareto provisorio para varones y la Escuela de Artes y Oficios fue habilitada como “lazareto limpio” para alojar a mujeres y niños; mientras que otras personas fueron “alojadas en carpas” (Municipalidad de Rosario, 1901: XXVI-XXVIII). En el marco de las disputas entre poderes locales y provinciales, el director de la Asistencia Pública denunció la escasez de presupuesto y recomendó la construcción de pabellones en la Casa de Aislamiento para evitar “los tropiezos” que llevaron a su desalojo durante la peste bubónica (Municipalidad de Rosario, 1901: 23).

La epidemia se logró controlar en abril de 1900. El saldo de esa etapa había recreado las tensiones entre las autoridades sanitarias municipales y nacionales, pero también había actualizado una serie de concepciones que descalificaban los modos de vida de los sectores populares. En palabras del intendente, eran “las malas costumbres inveteradas en la masa de la población [que] continuaban en estado latente, exponiendo a la ciudad al azote epidémico” (Municipalidad de Rosario, 1904: IX). En el caso de los médicos-funcionarios

minológico de principios del siglo XX, se observa cierta equivalencia entre la “agitación” obrera anarquista, la degeneración y la criminalidad asociada con formas patológicas que debían ser identificadas por su grado de “peligrosidad” o “temibilidad”.

13 Informes del período previo a la peste bubónica (1898-1899) del intendente Luis Lamas, que empezó su mandato en febrero de 1898 y concluyó en febrero de 1904. Entre las tareas pendientes reconoció que “muy pocas” viviendas se habían edificado de acuerdo con el reglamento.

14 Desde la prensa y los sectores empresarios, reclamaron que sea levantada la cuarentena.

15 En referencia a este punto, es importante considerar los cambios en torno a la noción de “peligrosidad” social. En la serie del discurso cri-

locales, los mismos utilizaban expresiones como “promiscuos”, “ignorantes y avaros” para referirse a aquellos individuos que no habían incorporado estos hábitos de higiene y salubridad.

Al igual que en los brotes epidémicos anteriores (1886-1887 y 1894-1895), las prácticas implementadas por los “cuerpos de desinfectadores” fueron resistidas por la población. Estas acciones eran leídas por los higienistas como formas de “ocultamiento” de parientes enfermos, de aquí que la cantidad de personas afectadas sea mayor que la registrada. A su vez, era necesario ajustar las medidas de control para todos aquellos que una vez curados “escapan a las medidas profilácticas” y que puedan ser afectados nuevamente por las enfermedades de los primeros años del siglo XX (viruela, fiebre tifoidea, tuberculosis, entre otras). En una nota emitida al intendente, el director de la Asistencia Pública evidencia las fallas en la implementación de las disposiciones al considerar que

lo que se consigue es mezquino y el temor al consiguiente desembolso tiende a la ocultación de los casos que requieren la desinfección, y como de esto solo puede conseguirse males que se traducirán en gastos de ingentes sumas para la Comuna [...] solicitando la derogación de la Ordenanza respectiva en lo que se refiere al pago de la desinfección; la salud pública no puede dejarse depender de una desgraciada ocultación motivada por el apego al ahorro aún a costa de la propia salud, hecho tan común en ciertas clases de proletarios ignorantes y avaros (Municipalidad de Rosario, 1904: 42).

En virtud de esta situación, se consideró necesario levantar la normativa que exigía el pago por el servicio prestado por las “cuadrillas de desinfección”, ya que el mismo tenía un efecto “contraproducente”. Los mismos efectos fueron comprobados en el tratamiento de las mujeres en situación de prostitución, para lo cual el médico a cargo de la Asistencia Pública propuso diseñar mecanismos “más ágiles” y efectivos de “inspección”.

Como parte de las nuevas *estrategias* de control sobre los sectores populares, se implementaron censos en los barrios obreros que los inspectores describían —en un principio— como “laberintos, imposibles casi de inspección prolija”. Esta situación se vio modificada a partir de la actividad de registro cuyos reportes progresivos los empezaron a visualizar como lugares “perfectamente conocidos hasta en sus menores detalles por los empleados, con lo cual dicho está que se les vigila con más seguridad y eficacia” (Municipalidad de Rosario, 1901: 173).¹⁶

De acuerdo con el intendente Lamas, la preferencia por la disposición de “medidas de profilaxia” debía complementarse con otras “que comprenden la información, el aislamiento y la desinfección” (Municipalidad de Rosario, 1901: XIII). Para ello se priorizaron obras de construcción en infraestructura sanitaria y se resolvió el “pleito” con la empresa de cloacas y desagües, que tanto había demorado la efectivización del servicio.

Entre 1901 y 1903 se procedió a la ampliación de la Casa de Aislamiento,¹⁷ cuya función era aislar los “atacados” “que representaban otros tantos focos de infección y contagio”. Se destacó el rol ocupado por los “hombres de ciencia” al frente de la dirección de Asistencia Pública y “la necesidad de una inspección rápida, prolija y bien vigilada” llevó a modificar la ubicación de ciertos espacios¹⁸

16 La vigilancia del movimiento interno de las barriadas obreras comenzó a adquirir un nuevo interés a partir de los primeros años del naciente siglo, que tendió a exceder la preocupación por las condiciones habitacionales y de salubridad manifestadas en las memorias municipales de 1901.

17 Ubicada en el barrio sudeste, contaba con espaciosos salones, un departamento de administración, pabellón para varones y para mujeres, salón independiente para variolosos, sala de autopsia y farmacia (Municipalidad de Rosario, 1901: XXIII-XXVI). Desde 1901 recibió el impacto de la tuberculosis y concentró a todos quienes cayeran bajo el “sistema de aislamiento”.

18 Entre ellas, la instalación de la Estación de Desinfección en el local de Asistencia Pública.

que permitieran mantener un servicio “con arreglo a la más estricta profilaxia, evitándose trastornos y demoras” (Municipalidad de Rosario, 1904: XI). Bajo el nombre de “Palacio de la Higiene”, se instaló un nuevo edificio en el cual se desarrollaron distintas dependencias y oficinas que ampliaron sus servicios incluyendo el “Laboratorio Anti-Rábico, el Laboratorio Bacteriológico, la Estación de Desinfección, la Oficina de Química y la Asistencia Pública” (Municipalidad de Rosario, 1904: XI).

Hacia 1904, la ciudad contaba con nuevos espacios integrados al dispositivo médico (entre ellos, el dispensario antituberculoso, dispensarios zonales, sanatorio particular, entre otros) que permitieron extender un “plan de prevención” en las distintas zonas y barrios. Sin embargo, una serie de situaciones demostraron la combinación de prácticas preventivas y campañas orientadas a la persuasión con prácticas compulsivas y violentas, que apuntaron a penalizar ciertos hábitos en la población. En este sentido, una batería de medidas reglamentadas aún recurrían a la “fuerza o el miedo” para “obligar” a denunciar los casos de enfermedades (multas, sanciones por incumplimiento de vacunaciones, visitas de inspección, entre otras). Al tiempo que los embates de la tuberculosis durante las primeras décadas del nuevo siglo volvieron a interrogar sobre los alcances y la efectividad de estas políticas sanitarias.

A principios del siglo XX se produjo una inversión en el discurso médico-legal, cuando el temor se focalizó en la insalubridad moral que viajó en los mismos barcos que llegaban al país. Embarcadas en un proyecto de nación, las preocupaciones de la élite médica letrada se concentraron en identificar y tratar de encauzar los “nuevos males” que amenazaban el orden social. En un contexto de aumento de la conflictividad social, “cierta población” que participaba de las primeras organizaciones obreras y que protagonizaba una serie de luchas de resistencia al proyecto socioeconómico, comenzó a ser vista como

“peligrosa”, “temible” o “sospechosa” de ser portadora de males sociales y morales.¹⁹ El potencial desplegado por el anarquismo y su arraigo en las clases trabajadoras despertaron fuertes temores en las clases dominantes (Partenio, 2008). La multiplicación de huelgas se convertía en la postal más visible de una confusión que el orden intentaba desenredar. En esta escena se renovó el desconcierto de “los cuerpos mezclándose sin respeto” (Foucault, 2000: 201) y el “peligro” reapareció bajo una reedición del contagio de la epidemia, en este caso, con otras características que van más allá de los aspectos físicos.

Reflexiones finales

A lo largo de estas páginas hemos reconstruido el diseño de dispositivos que habilitaron el control de las poblaciones frente a los brotes epidémicos, considerando las tensiones y los efectos de resistencia generados. En función de nuestras preguntas iniciales, retomaremos dos cuestiones sobre los alcances y límites de estas herramientas en el proceso de normalización social.

Por un lado, si bien el análisis concentrado en un caso en particular nos permitió observar la singularidad que adquirió la implementación de las prácticas disciplinarias en la ciudad, a partir de esta reconstrucción genealógica de los dispositivos disciplinarios médicos fue posible observar no solo las características y la complejidad que revistió este proceso histórico sino también la relación entre funcionarios estatales y funcionarios médico-higienistas en el marco de las instituciones locales y su distancia con las políticas propuestas desde las instituciones nacionales.

19 Frente a aquella población se delinearon estrategias jurídico-criminológicas de readaptación basadas en una matriz disciplinar médico-alienista, en la cual se utilizaron sus modelos de análisis, terminologías y metáforas (Salessi, 2000; Murillo, 2000).

A diferencia de las experiencias desarrolladas en Buenos Aires, el cambio en las estrategias de control se dio más lentamente en la ciudad de Rosario, y atravesó fuertes tensiones que contradijeron la impronta discursiva médico-higienista. Como vimos, estos cambios debieron ser enmarcados en su especificidad regional y en lo que algunos autores y autoras consideraron en trabajos precedentes: la superposición funcional entre autoridades sanitarias nacionales y organismos sanitarios municipales (Prieto, 1996); los juegos de poder entre las autoridades municipales, provinciales y nacionales (Salelli, 2000); la contradicción entre los intereses económicos y las medidas tomadas por las instituciones higienistas (Armus, 1984; Hardoy, 1984); la superposición entre distintos agentes, representantes de la higiene social, la filantropía y la caridad (Armus, 1984).

En los últimos años del siglo XIX, desde algunos sectores de la élite política se impulsaron y/o apoyaron –en muchos casos discursivamente– una serie de medidas de profilaxis y mejoramiento de las condiciones de salubridad de la población, incorporando la terminología higienista en sus propuestas y declaraciones. La importancia de estas reformas era destacada por el campo médico que proponía mejorar las condiciones de vida, lo cual se tradujo –en palabras del doctor Carrasco (1907)– en el “acrecentamiento de la riqueza pública”. En este punto, la extensión de la edificación “mezquina e insalubre” representó una cuestión crítica al momento de generar políticas que contribuyeran a crear “comodidades elementales que le hicieran más llevadera la labor y privaciones de la vida” a los sectores populares (Municipalidad de Rosario, 1901: XXIV). Más bien hemos encontrado que en el período analizado estas prácticas higienistas suscitaron una serie de tensiones que llevaron a obstaculizar su implementación local y le restaron efectividad a las políticas (entre ellas, el escaso presupuesto de sus organismos y dependencias, la injerencia de intereses económicos y comerciales, entre otros).

Por otro lado, la epidemia apareció como una situación de excepción pero no porque la propagación de este tipo de enfermedades fuera atípica para las condiciones sanitarias y urbanísticas de estas ciudades en crecimiento, sino porque en ella se condensaron los sueños políticos de todo dispositivo de control representados en los “esquemas de la lepra” y “de la peste”, es decir, los sueños de las prácticas de exclusión y del funcionamiento capilar del poder (Foucault, 2000). Al mismo tiempo, en las sucesivas intervenciones dispuestas para contener el brote epidémico se evidenciaron y combinaron mecanismos moralizantes con coacciones directas y compulsivas.

De esta forma, el tránsito de una disciplina-bloqueo a una disciplina-mecanismo implicó reconstruir un proceso que permaneciera en el subsuelo de la organización jurídica de un Estado nación. Por ello nos referimos a las prácticas disciplinarias en términos de *infraderechos*. En ese movimiento se produjo lo que Foucault (2003) denominó la inversión funcional de las disciplinas, que pasaron a desempeñar un papel positivo que aumentó la productividad del cuerpo social e individual, creando sujetos útiles y dóciles, en términos foucaultianos, “fabricando efectos homogéneos de poder”. En este marco, las técnicas de cuarentena se volvieron inoperantes para regular el desorden o combatir la enfermedad.

En esta mutación de proyectos disciplinarios, pudimos rastrear las condiciones bajo las cuales se acercaron dos modelos: el “esquema de la lepra” y el “esquema de la peste”, es decir, la división binaria de la sociedad y las tácticas reticulares. Al interpelar los documentos, lentamente se observa el proceso que trató a los “leprosos” como “apestados”, individualizando a los “atacados”, asignando coercitivamente los lugares en un espacio diferencial. En el caso estudiado, esta táctica reticular era implementada en “lazaretos” y “casas de aislamiento” a partir de la diferenciación de pabellones y la clasificación de los enfermos internados (sífilis, cólera, peste bubónica, tuberculosis, entre otras). Al tiempo que se “leprosa” a los “apestados”

tados” al establecer una marcación que divide a la sociedad (enfermo/sano, personas desinfectadas/personas infectadas; normal/anormal).

En los escenarios generados por los sucesivos brotes epidémicos, la estructura sanitaria y las reformas introducidas en Rosario adquirieron ciertas características focalizadas en la prevención y la profilaxia, utilizando métodos de cuantificación que permitieron establecer un registro estadístico de los detalles, una mirada sobre el estado sanitario de la población (censos de “conventillos y establecimientos insalubres”, informe cuantitativo de la Estación de Desinfección, entre otros).

Sin embargo, las ordenanzas, disposiciones y medidas de supervisión y vigilancia habilitaban tanto la inspección compulsiva como el aislamiento forzado de los “atacados” por estas enfermedades epidémicas. En este paisaje, una serie de prácticas se volvieron recurrentes y fueron resistidas por la población, suscitando episodios de conflicto. Por una parte, las prácticas de supervisión (como las visitas de inspección, los desalojos, la quema de pertenencias, etc.) pusieron en marcha una serie de coacciones bajo las cuales se pudo inspeccionar, separar y aislar a los individuos. Por otra, el “incumplimiento” de las disposiciones y “la falta” de hábitos (de higiene, del cuerpo, de la salud) extendidos en la población, evidenciaron no solo la complejidad que revistió el proceso de medicalización de la sociedad, sino también la necesidad de recurrir a procedimientos represivos cuando las mencionadas “coerciones sutiles” – en términos foucaultianos – y los mecanismos de moralización fallaban.

A principios del siglo XX, la preocupación se trasladó al problema de las “enfermedades políticas”, y el temor frente a las multitudes influenciadas por las ideologías radicales como el anarquismo, requirió una estrategia de control basada en la “profilaxia” y la “prevención”, pero combinada en ciertas situaciones con mecanismos represivos. Frente a “la peste”, los dispositivos disciplinarios hicieron valer su poder de análisis sobre los cuerpos,

implementando una serie de técnicas de observación del movimiento urbano, principalmente centradas en el “sujeto anarquista” y en la “agitación” obrera, pero también en aquellas personas desviadas de la norma (delincuentes, homosexuales, invertidos sexuales, contraventores, alcohólicos, locos y prostitutas) sujetas a la “regeneración” moral y, en algunos casos, a la exclusión definitiva del cuerpo social. □

Bibliografía

- Álvarez, Juan (1998) [1943]. *Historia de Rosario (1689-1939)*. Rosario: UNR Editora / Editorial Municipal de Rosario.
- Armus, Diego (1984). “Enfermedad, ambiente urbano e higiene social. Rosario entre fines del siglo XIX y comienzos del XX”, en: varios autores. *Sectores populares y vida urbana*. Buenos Aires: CLACSO.
- Armus, Diego (comp.) (2003). *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.
- Armus, Diego y Jorge Enrique Hardoy (1990). “Conventillos, ranchos y casa propia en el mundo urbano del novecientos”, en: Diego Armus (comp.). *Mundo urbano y cultura popular. Estudios de historia social argentina*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Carrasco, Gabriel (1907). *Los progresos demográficos y sanitarios de la ciudad de Rosario de Santa Fe, 1887-1906*. Buenos Aires: Compañía Sudamericana de Billetes de Banco.
- Chartier, Roger (1996). *Escribir las prácticas. Foucault, de Certeau, Marin*. Buenos Aires: Manantial.
- Di Liscia, María Silvia y Ernesto Bohoslavsky (eds.) (2005). *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940. Una revisión*. Buenos Aires: Prometeo Libros / Universidad Nacional de General Sarmiento / Universidad Nacional de La Pampa.
- Digesto Municipal de Rosario (1890). “Reglamento para las Comisiones de Higiene y

- Salubridad, agosto 29 de 1887". *Ordenanzas, decretos, acuerdos, reglamentos, contratos, etc. de la Municipalidad de Rosario, 1860-1889*. Rosario.
- Digesto Municipal de Rosario (1892). *Ordenanzas, decretos, acuerdos, reglamentos, contratos, etc. de la Municipalidad de Rosario. Dictados a los años 1890-1891*. Rosario: Publicación oficial, Provincia de Santa Fe.
- Digesto Municipal de Rosario (1896). *Ordenanzas, decretos, acuerdos, reglamentos, contratos, etc. de la Municipalidad de Rosario. 1892 a 1895*. Rosario, Provincia de Santa Fe.
- Foucault, Michel (2000) [1975]. *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (2003) [1976]. *Historia de la sexualidad*, I. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (1981) [1978]. "La gubernamentalidad", en: varios autores. *Espacios de poder*. Madrid: La Piqueta.
- González Leandri, Ricardo (2000). "Notas acerca de la profesionalización médica en Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX", en: Juan Suriano (comp.). *La cuestión social en Argentina, 1870-1943*. Buenos Aires: La Colmena.
- Hardoy, Jorge (1984). "La vivienda popular en el Municipio de Rosario a fines del siglo XIX. El censo de conventillos de 1895", en: varios autores. *Sectores populares y vida urbana*. Buenos Aires: CLACSO.
- Municipalidad de Rosario (1884). *Memoria presentada al Honorable Consejo Deliberante por el Intendente Municipal Octavio Grandoli*. Rosario.
- Municipalidad de Rosario (1901). *Memoria presentada al Honorable Consejo Deliberante por el Intendente Municipal Luis Lamas, del 15/02/1898 al 15/02/1901*. Rosario.
- Municipalidad de Rosario (1904). *Memoria presentada al Honorable Consejo Deliberante por el Intendente Municipal Luis Lamas, del 15/02/1901 al 31/12/1903*. Rosario.
- Murillo, Susana (1999). "Gobernabilidad, locura y delito. La mutación desde el modelo médico-jurídico al modelo tecnológico". *Revista Sudestada*. Año I, 1. Rosario: 12-23.
- Murillo, Susana (2000). "Influencias del higienismo en políticas sociales en Argentina 1871-1913", en: Ana Domínguez Mon y otros (comps.). *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Murillo, Susana (2008). *Colonizar el dolor. La interpelación ideológica del Banco Mundial en América Latina. El caso argentino desde Blumberg a Cromaón*. Buenos Aires: CLACSO.
- Partenio, Florencia (2008). "Románticos, fanáticos y peligrosos. La intervención estatal frente a la movilización obrera y el anarquismo en Buenos Aires, 1900-1910". *Travestía*, 11-12. Tucumán: Instituto de Estudios Socioeconómicos, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Tucumán (en prensa).
- Pomer, León (1971). *La guerra del Paraguay*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Prieto, Agustina (1996). "Rosario: epidemias, higiene e higienistas en la segunda mitad del siglo XIX", en: Mirta Zaida Lobato (comp.). *Política, médicos y enfermedades*. Buenos Aires: Biblos / Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Revista *Caras y Caretas* (1899). Año II, 55. Buenos Aires.
- Revista *Caras y Caretas* (1899). Año II, 56. Buenos Aires.
- Rosen, George (1985). *De la policía médica a la medicina social*. México D. F.: Siglo XXI.
- Salessi, Jorge (2000) [1995]. *Médicos, maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina. Buenos Aires 1871-1914*. Rosario: Beatriz Viterbo Editora.