

# Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

## Notas para una historia de la prevención [Notes for a history of prevention]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Lértora Mendoza, Celina A.
Publisher	ISO-CYTE
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-07-01 04:18:23
Link to Item	<a href="http://hdl.handle.net/20.500.12424/215826">http://hdl.handle.net/20.500.12424/215826</a>



## Notas para una historia de la prevención. La cuarentena portuaria argentina en el siglo XIX

**Celina A. Lértora**

**Mendoza**

Consejo Nacional de  
Investigaciones Científicas y  
Tecnológicas (CONICET)

Fundación para el Estudio  
del Pensamiento Argentino e  
Iberoamericano (FEPAI)

[fundacionfepai@yahoo.com.ar](mailto:fundacionfepai@yahoo.com.ar)

Recibido: Oct. 2012.

Aprobado para publicación:

Dic. 2012.

### Resumen

El puerto de Buenos Aires fue, ya desde los tiempos coloniales, la llave de acceso a las vías internacionales de comercio, cultura, ciencia, arte y sociabilidad. Eso explica la preocupación de las autoridades locales por el cuidado y mejoramiento del puerto, incluyendo la sanidad portuaria. Su aplicación práctica siempre estuvo signada por la tensión entre los intereses médico-políticos por salvaguardar la salud de la población y los intereses económicos de no perjudicar al mercado. Durante el siglo XIX, la sanidad portuaria estuvo signada por la precariedad de los medios científicos, técnicos, de infraestructura y de personal especializado. Sólo a fines de siglo el avance de la medicina y el mejoramiento de las instalaciones permitió arribar a otras prácticas alternativas.

### Palabras clave

Sanidad argentina, prevención, medicina siglo XIX, cuarentena, sanidad portuaria.

## **Notes for a history of prevention.**

### **The Argentinean port quarantine in the nineteenth century**

#### **Abstract**

The Port of Buenos Aires, even since the colonial times, was the gate to the international routes of commerce, culture, science, art, and sociability. This explains the concern of the local authorities for the care and improvement of the port, including its health policy, which is the subject of the present article. Its practical application was always influenced by the tension between medical and political interests to safeguard the health of the population and the economic market interests. All through the 19th century, the port health policy was marked by the precariousness of the scientific and technical means, infrastructure and personnel. It was only by the end of the century that the advancement of medicine and the improvement of the port facilities allowed to arrive to other alternative practices.

#### **Key words**

Healthcare in Argentina, prevention, 19<sup>th</sup> century medicine, quarantine, port health policy.

## Introducción

Hoy es casi un lugar común decir que la prevención es uno de los capítulos más importantes de la política sanitaria de un país. Correlativamente, la medicina preventiva adquiere cada vez mayor relevancia. Su historia, sin embargo, es relativamente reciente, dado que el concepto mismo lo es.

Actividades o recursos -médicos o paramédicos- preventivos los hubo desde la antigüedad, pero sólo adquirieron consistencia profesional sistemática en el siglo XIX. La Argentina se sumó a ella con el uso de un método preventivo sistemático y compulsivo: la cuarentena. Su defensa, implementación, discusión y evaluación es un tema no agotado. Merece entonces una referencia especial la cuarentena tal como se practicó en el puerto de Buenos Aires.

La Argentina se consolidó política y económicamente como nación independiente a partir de una serie de estrategias y decisiones vinculadas al lugar central ocupado por la ciudad de Buenos Aires y su puerto, región sobre la cual gravitaba -y aún gravita- todo el país. El puerto de Buenos Aires fue, ya desde los tiempos coloniales, la llave de acceso a las vías internacionales de comercio, de cultura, de ciencia, de arte y de sociabilidad. Es comprensible entonces la preocupación de las autoridades locales por el cuidado y mejoramiento del puerto que además, a través de la aduana, les producía importantes ingresos fiscales. El emplazamiento, sin embargo, no era óptimo: en un estuario que requiere periódicos dragados, a la vera del centro de la ciudad, y sobre un río que constituía precisamente una de las principales fuentes de agua dulce requerida por la infraestructura urbana, cuidar la sanidad portuaria era una empresa difícil y costosa. Las divergencias sobre el modo de realizarla, evidencian además disensos más profundos en política sanitaria y en higienismo, cuando no un cuestionamiento -aunque tímido- a la hegemonía del institucionalismo "porteño". Un país montado sobre un puerto, y un puerto casi irremediabilmente insalubre, eran dos grandes problemas que reclamaban a cada momento una urgente atención.

Durante el siglo XIX, la sanidad portuaria estuvo signada por la precariedad de los medios científicos, técnicos, de infraestructura y de personal especializado. En un país convulsionado, que sólo a partir de 1854 comenzó a organizar sus instituciones, es natural que las medidas de control higiénico fueran erráticas y circunstanciadas. La única medida que se aplicó con cierto rigor, cuya eficacia era reconocida por la larga práctica mundial, fue la cuarentena, que en sí tenía más bien una

finalidad preventiva: evitar la dispersión epidémica foránea. Sólo a fines de siglo el avance de la medicina y el mejoramiento de las instalaciones permitieron arribar a otras prácticas alternativas.

La cuarentena era una medida preventiva de significativa eficacia médica pero de considerable negatividad económica, sobre todo en un país que, como Argentina, dependía del comercio internacional marítimo. De allí que las cuarentenas y su implementación estuvieron siempre signadas por la tensión entre los intereses médico-políticos por salvaguardar la salud de la población y los intereses económicos de no perjudicar al mercado.

En la Argentina decimonónica tenemos que considerar, sin embargo, una escasa red portuaria que abarcaba el puerto de ultramar porteño y los puertos fluviales de las cuencas del Paraná y el Uruguay. El puerto de Buenos Aires tenía un acceso difícil, lleno de bancos y canales estrechos, cuya entrada requería los oficios de un práctico local. La ribera abarcaba unos dos kilómetros de zonas bajas y anegadizas, pero sólo dos o tres fondeaderos de aguas más profundas (Sidders, 1983, p. 32-33).

En este marco se desarrolló la práctica preventiva a la que se hará referencia a continuación. Para dar un panorama breve y aceptable de esta historia, se considerará en primer lugar las normativas que rigieron, luego algunas noticias de médicos portuarios, analizando las prácticas, especialmente las cuarentenas y una conclusión para finalizar. La base de este trabajo es la documentación perteneciente al Archivo General de la Armada Argentina, que conserva los legajos correspondientes a los servicios de medicina y farmacia prestados por dicha Institución. Este archivo – distinto del Archivo Histórico de la Armada Argentina- por ser para uso propio del Arma y no estar organizado como archivo histórico, no es de acceso público. Sin embargo, en ciertos casos considerados de interés especial, se permite su consulta a los civiles. Agradezco al Estado Mayor General de la Armada Argentina el haberme permitido, desde 1998, el acceso a este repositorio.

## Disposiciones legales

En la época independiente, la primera reglamentación de sanidad portuaria fue un decreto de Bernardino Rivadavia del 3 de mayo de 1824, mediante el cual se establecía el sistema de la visita

sanitaria. El procedimiento era como sigue: la navegación de los buques mercantes en el interior del estuario era vigilada por un buque de guerra que exigía al visitante los papeles reglamentarios. Una vez entregados, se procedía a un interrogatorio y una visita. Si las condiciones sanitarias se estimaban correctas se permitía la entrada al buque. Se imponían severas penas al capitán de un buque que alterara documentos y prestara falso testimonio para ocultar enfermos embarcados. Según este reglamento, la decisión de dar o no entrada al visitante correspondía al capitán del buque custodio. Los buques de guerra estaban eximidos de visita sanitaria pues se confiaba en el honor de sus capitanes. El documento de "pase" era la patente sanitaria, en la que se anotaba en cada puerto el informe del médico sobre enfermedades contagiosas a bordo.

El siguiente documento normativo es el *Reglamento de Sanidad del Puerto* dictado por el Gobernador Viamonte el 29 de septiembre de 1829 (en: Agüero, 1992, p. 32). Cuando Rosas asumió el poder en Buenos Aires, se volvió clara la necesidad preventiva pues el mismo gobierno era parte de la clase ganadera comerciante y se servía de los "orilleros" (población de escasos recursos que habitaba en las zonas bajas).

El cuerpo médico del puerto tomó forma definitiva con una nueva reglamentación del 25 de noviembre de 1836 (Pinasco, 1947, p. 95; Visiconte, 1980). En él se estableció el cargo de médico del puerto, designación recaída en Fernando María Cordero, y dos médicos de balizas interiores y exteriores, que debían permanecer en esos lugares tres días cada uno. En esta época se instauraron centros de control en pontones, que operaron como hospitales flotantes. En el período federal fue designado en tal efecto el buque "República".

Las presiones económicas y los perjuicios derivados de la cuarentena sin duda determinaban procedimientos irregulares de los que a veces eran cómplices los médicos. Por ejemplo en 1834 se suscitó un entredicho entre el médico (llamado "cirujano") del buque de control "Cacique", que había dejado pasar a un bergantín en estado sanitario irregular, a resulta de lo cual fue arrestado en el Cuartel de la Marina (doc. 1319/90).

Luego de la caída de Rosas y la reorganización nacional, el 14 de julio de 1869, el presidente Sarmiento creó por decreto la Junta de Sanidad Portuaria, nombrándose médico de sanidad del puerto al Dr. Pedro Mallo. El ya existente Consejo de Higiene Pública actuaría como organismo asesor. En ese mismo año el Dr. Mallo elaboró un *Reglamento de Policía Sanitaria Marítima de la República Argentina* del cual se ha dicho que respondía a las directivas de la Convención Sanitaria de París de 1851-1852 y

de Constantinopla de 1865 (Agüero, 1992). El 1 de julio de 1870, sobre la base de ese proyecto, se puso en vigencia un Reglamento para las Juntas de Sanidad, las cuarentenas y los lazaretos.

La Junta de Sanidad del Puerto fue la encargada de dictar normas concretas ante cada caso de emergencia. Lo habitual era decretar cuarentenas cuando aparecía algún caso de infección en pasajeros de ultramar. En 1873 se emitió una Circular a patronos y capitanes de buque informándoles las normas que debían cumplir al hacer la cuarentena, redactadas por el Dr. Enrique C. Howard. En 1875 la Junta solicitó al gobierno de Buenos Aires la habilitación de un lazareto en la isla de Martín García (en el Río de la Plata) y otro flotante en el canal exterior, vigilados ambos por buques de guerra.

Hacia fines de la década del 70 coexistían dos entidades sanitarias con jurisdicción superpuesta en el puerto: la Junta de Sanidad del Puerto y la Junta Provisoria de Higiene Nacional, que fue creada en 1879. Esa superposición recargaba las tareas de ambas y no era funcional. En 1880, por un decreto del presidente Roca fechado el 27 de febrero, se refundieron en la Junta Nacional de Higiene las facultades que ella misma tenía antes y las de la Junta de Sanidad del Puerto, integrándose con los miembros de ambas Comisiones. Dicha Junta actuaba como organismo consultivo, mientras que los médicos efectivos del puerto constituían la Comisión Ejecutiva.

En 1880, luego de una lucha civil, la ciudad de Buenos Aires fue designada capital de la República, pasando a ser sede de todo el aparato administrativo, legislativo y judicial del Estado. Esto aumentó las necesidades sanitarias de la población, razón por la cual se creó un Departamento Nacional de Higiene,<sup>1</sup> cuyo decreto reglamentario (30 de diciembre de 1880) estableció que se compondría de un presidente y cuatro vocales, médicos encargados del servicio sanitario del puerto. Constaba también de miembros honorarios que ejercían funciones consultivas con voz y voto<sup>2</sup>. Además se componía de un Secretario y cuatro Guardias Sanitarios, un Escribiente y un Ordenanza. Tenía a su cargo "todo cuanto se relacione con la salud en las diversas reparticiones de la

---

<sup>1</sup> Fue creado por el Congreso, en el acápite correspondiente al presupuesto de Marina. Al no haber determinado su composición y atribuciones, en diciembre de ese año el Poder Ejecutivo lo realizó por decreto.

<sup>2</sup> Para dar una idea de la importancia concedida a este tema, digamos que se integraba con el Inspector y Comandante General de Armas, el Comandante General de Marina, el Decano de la Facultad de Medicina, los Presidentes del Departamento de Ingeniería y de Aguas Corrientes, el Capitán de Puertos, los Cirujanos Mayores del Ejército y de la Armada, los Profesores de Higiene y de Química del Colegio Nacional de Buenos Aires, el Inspector de drogas de la Aduana de la Capital, el Administrador General de Vacuna y uno de los médicos de Policía.

Administración nacional” (art. 4) y en virtud de ello “Proyectar las medidas sanitarias para los puertos o las modificaciones que sean necesarias introducir en las existentes” (inc. 2º) y “Aconsejar a la Autoridad los medios de mejorar la Higiene Pública de la Capital y las medidas profilácticas contra las enfermedades exóticas, endémicas, epidémicas o transmisibles” (inc. 12º). En síntesis este Departamento asumía todas las funciones que anteriormente tenía la Junta de Sanidad que funcionaba en Buenos Aires, pero ampliando además su radio, pues según el art. 6º podrían establecerse Subcomisiones de Higiene en las ciudades de Rosario y Paraná y en todas las capitales de provincia o entablar relaciones con autoridades provinciales afines (art. 7º).

Este decreto de 1880 estableció un régimen jerárquico para el control sanitario del puerto. Según el art. 8º, para el servicio de visita de sanidad, como Policía del Puerto, los vocales activos del Departamento “recibirán directamente órdenes de la Capitanía del Puerto; y el servicio será distribuido entre los cuatro de manera que uno lo verifique permanente en la Capitanía”. A su vez, este Departamento estaba bajo la inmediata dependencia de los Ministros de Guerra y Marina o del Interior, “según que los asuntos de su competencia se refieran a la Higiene Sanitaria del Puerto, de la Armada, del Ejército o de la del Territorio Federalizado” (art. 10º).

El Departamento Nacional de Higiene se reorganizó en 1882, dejando bajo su inmediata dependencia a los médicos del puerto. Desde entonces, los miembros del servicio profesional de sanidad portuaria perdieron su dependencia de la Armada y pasaron a ser considerados civiles.

En 1887, el Cuerpo Médico del Puerto recibió nuevas normativas mediante la ley 1984 y en 1891 se modificó nuevamente el Departamento Nacional de Higiene, que pasó a funcionar como máxima autoridad en el orden nacional. En 1893 se aprobó el *Reglamento Sanitario Marítimo*, cuerpo legal actualizado, con el cual llegamos al final de nuestro período.

## Algunas personalidades médicas

En la primera mitad del siglo XIX fueron médicos sanitarios del puerto algunos profesionales distinguidos. Se recogen (Agüero, 1992, p. 30-31; D’Onofrio, 1948, p. 37) los nombres de Justo García y Valdez, Miguel Gorman (primer protomédico de Buenos Aires); Cosme Mariano Argerich (catedrático

de la Escuela de Medicina del Protomedicato); Juan Madera (fue primer cirujano mayor del ejército criollo, nombrado el 25 de mayo de 1813, ejerció este cargo durante 8 años); Miguel Rivera (egresado en 1818 del Instituto Médico Militar, 28 de marzo de 1821, renunció antes del año de servicios); Vicente Silva (no se hizo cargo, por enfermedad, y también quizá se sirvió de esa excusa para no participar en la Guerra con el Brasil de 1826, cuando era auxiliar médico de la Policía); Juan Carlos Molina y Pedro Martínez (la actuación de este último fue un tanto dudosa, ya que privadamente se dedicó a promocionar la venta de pseudo-medicamentos).

Se observa que la calidad de los médicos fue decayendo a medida que nos acercamos a la época de la anarquía (1830). Como ya fue señalado, en 1836 ejerció el cargo de médico del puerto el Dr. Cordero. De origen español y realista, amenazado con el destierro, aceptó servir a las Provincias Unidas como cirujano del ejército y luego fue Jefe de Policía en San Nicolás. Más tarde fue jefe de Sanidad en la Guerra con el Brasil y, siendo partidario federal, durante la época de Rosas ejerció a la vez como médico de policía y del puerto, siendo también Presidente del Tribunal de Medicina. En 1853, con la caída de Rosas, fue dejado cesante en sus cargos, muriendo en Montevideo en 1859.

Después de Caseros, ejerció el control sanitario del puerto el Dr. Manuel Biedma, cuya larga trayectoria y atención por el cuidado sanitario han quedado registrados en numerosos documentos. Durante su gestión se usó la práctica de la fumigación con material importado. Sin embargo, a medida que las presiones para evadir las cuarentenas continuaban, este mismo doctor dejó constancia en un escrito que no se responsabilizaba por las consecuencias de una orden superior de levantar la cuarentena de un buque americano (doc. 1307/2)<sup>3</sup>.

Para terminar esta breve reseña biográfica, mencionemos al Dr. Pedro Mallo, que fue médico de sanidad del puerto de Buenos Aires en 1869 y, posteriormente, catedrático de Medicina y Cirujano Mayor de la Armada. En su gestión se tomaron numerosas medidas de relevancia para el mejoramiento de la sanidad naval, como la ampliación de los servicios y la obligatoria profesionalización de los cuerpos. Los méritos del Dr. Mallo lo hicieron acreedor de distinciones en la Armada Argentina y actualmente su Hospital Naval Central lleva su nombre.

## La práctica sanitaria en el puerto

En la época federal, a partir de una mayor incidencia de las epidemias, se incrementó la práctica sanitaria bonaerense. De las enfermedades infecciosas prevalentes en la época, las más graves fueron la viruela y la fiebre amarilla. Dado que los medios de curación eran muy precarios e inseguros, la medida fundamental era la cuarentena, que se aplicaba a todo buque con patente "sucia" (con indicaciones de haber tenido enfermos a bordo) por llevar enfermos, o por transportar carga en estado de descomposición. De acuerdo al peligro de contagio había dos tipos de cuarentena: de observación (tres días en la rada) y "de rigor" (quince días para los pasajeros, veinte para el buque y treinta para la carga).

Al establecerse los lazaretos, la cuarentena de rigor obligaba al desembarco de personas y mercaderías en el lazareto y la fumigación del buque. Pero salvo las últimas décadas del siglo, época en que se habilitó el lazareto de Martín García y otro flotante, esta práctica fue muy deficiente. La implementación de estos servicios suplementarios fue exigida no tanto por el transporte normal de buques, sino por el arribo de numerosos contingentes de inmigrantes, para los cuales la Ley N° 817 sobre inmigración establecía medidas profilácticas.

La epidemia de 1851 en Río de Janeiro y en Canarias fue muy grave y determinó estrictas medidas en Buenos Aires. Los médicos del puerto hacían una primera y una segunda visita de control y, en situaciones graves, podía haber hasta una tercera. Hubo algún caso de tan rigurosa cuarentena en que se prohibió absolutamente toda comunicación con tierra, sin poder pasar ni siquiera una carta, como fue el caso del bergantín español "Pepe", que aparentemente se contagió en Río de Janeiro (doc. 1302/45 y 49). La única medida sanitaria era hasta entonces este aislamiento. Según dan cuenta varios documentos (véase por ejemplo 1309/3 y 5), a mediados de la década de 1850 comenzaron a aplicarse medidas profilácticas más concretas como la fumigación.

En la década del 1860, fueron importantes focos de cólera los que determinaron la aplicación de cuarentenas en Buenos Aires. En 1867, considerando que la gravedad había cedido, los Dres. Luis M. Drago y Leopoldo Montes de Oca, del Consejo de Higiene Pública, pedían que se suprimiera dicha cuarentena (doc. 5170/ Varios 2). Sin embargo, en 1872 y 1873 este procedimiento volvió a

---

<sup>3</sup> Los documentos del Archivo Histórico de la Armada se citan por número de Caja y de Pieza, y si corresponde, el legajo.

establecerse. En 1872, ésta fue motivada por un brote de fiebre amarilla en Montevideo (Uruguay) el cual cesó al poco tiempo (doc. 2300/47). En 1873, al volver a producirse un brote en Montevideo, la Junta de Sanidad de la Capitanía del Puerto de Buenos Aires reiteró las medidas de control porque al parecer tuvo problemas de adecuación de criterios con la Junta de Sanidad de Montevideo. Los Dres. Eduardo Wilde y Pedro Mallo presentaron un informe sobre el hecho en Montevideo que, a juicio de ellos, se debía a no haber extremado medidas de control en ese puerto ante el aumento de la epidemia en Río de Janeiro (doc. 475/ Varios, 27). Este hecho ilustra una situación que sin duda perjudicaba la efectividad de las medidas locales y que era la falta de un criterio médico uniforme en los puertos marítimos de América del Sur.

Frente a esta circunstancia, las autoridades locales hicieron eco del temor de la población. Fue así cómo en 1873 el propio Municipio de Buenos Aires pidió a la Junta de Sanidad del Puerto que aumentara la cuarentena a buques provenientes de Río de Janeiro y Paraguay (doc. 475/ Varios, 41). Para mostrar la gravedad de los estragos epidémicos es posible mencionar que en esos meses llegó al puerto de Buenos Aires la goleta "Amalia Adela" con toda su tripulación muerta, a excepción del capitán y un marinero, ambos gravemente enfermos (doc. 475/ Varios, 54). Sin embargo, las presiones comerciales y marítimas no lograban que estas medidas tuvieran puntual cumplimiento. En realidad, la cuarentena para buques provenientes del Brasil, donde continuaba la epidemia de fiebre amarilla, era de sólo 15 días en general (doc. 476/ Varios, 51) y su cumplimiento parecería haber sido siempre irregular.

Las formas de violar la cuarentena eran varias: en primer lugar, naturalmente, el permiso de pase o desembarco. Esta violación a la cuarentena parece haber sido rara y de hecho cuando la hubo se aplicaron sanciones. Otra violación, más difícil de detectar, era la extracción subrepticia de mercaderías u objetos provenientes del buque vigilado. Una tercera forma era el contacto directo no permitido. Por ejemplo que un buque con patente limpia permitiera atracar a su costado (la llamada "segunda andana" o segunda fila, cuando no había más lugar en el muelle) a un buque no visitado o en cuarentena<sup>4</sup>.

Hacia fines de siglo el mejoramiento higiénico general de los puertos de ultramar de Europa y América, así como el descubrimiento de las causas de ciertas infecciones, permitieron hallar terapias específicas y eficaces para algunas afecciones de tipo epidémico como la fiebre tifoidea, el cólera, la

difteria y, ya en nuestro siglo, la fiebre amarilla. Por eso, es posible apreciar que las medidas sanitarias de cuarentena fueron paulatinamente reemplazadas por otro tipo de control. No obstante, en 1890 todavía se establecían algunas cuarentenas en Buenos Aires (doc. 557-2/ Depto. Nac. Hig. 5) para procedencia de puertos "sospechosos" (Río de Janeiro y Santos). Frente a la rigidez de las cuarentenas de las décadas anteriores, en esta época se permitieron desembarcos de mercaderías, paso de víveres y desinfectantes a los buques vigilados. También se aprecia una mayor preparación médica en la detección de los brotes infecciosos. Así, por ejemplo cuando en 1890 se presentó un presunto caso de tifus en la cañonera "Uruguay", se ordenó un análisis que dio resultado negativo. Nótese que por tratarse de un buque de guerra no intervino el Departamento Nacional de Higiene sino el Cuerpo de Sanidad de la Armada (doc. 550-1, C.S.7 y 8).

De la documentación conservada en el Archivo Histórico de la Armada surgen algunos datos interesantes sobre la práctica de la cuarentena:

- Cuarentena en Buenos Aires por epidemia de fiebre amarilla en Río de Janeiro, en 1829 (doc. 1316/22). Se tomaron medidas de prevención (visita sanitaria).
- En 1831 se pusieron en cuarentena 15 buques de ultramar (ingleses, norteamericanos, sardos y alemanes).
- En 1851, como consecuencia de la fiebre amarilla desatada en Brasil en 1850, la Corbeta "25 de Mayo" (buque de control) pasó revista a 111 buques, de los cuales la mayoría quedó en cuarentena. Se trataba de buques sardos, suecos, americanos, ingleses, portugueses y brasileños. Esta elevada cifra se debió a que en dicho año la Capitanía del puerto estableció que todo buque procedente de Río de Janeiro debía guardar cuarentena y, posteriormente, aplicó la misma medida a los provenientes de las Islas Canarias. Como estos dos puertos eran de escala obligada para los viajes desde el hemisferio norte, prácticamente todos quedaban comprendidos. Los lugares de procedencia ya mencionados se reiteran en años sucesivos.
- 1855, el Pontón "25 de Mayo" visita e interdicta 17 buques.
- 1856, el mismo: 42 buques.
- 1857: visita de sanidad y cuarentena a 60 buques.

---

<sup>4</sup> Tal es el caso del patacho español "Elena", al que un documento declaró en falta sanitaria por haber quebrado la cuarentena (1872) al permitir atracar a una ballenera sin revista (doc. 5173/1 del Estacionario "Vigilante").

- 1859, el Estacionario "Castelli": 23 buques, algunos más de una vez.
- 1861, el Estacionario "Castelli": 14 buques.
- 1862, el mismo Estacionario: 11 buques.
- 1863, el mismo Estacionario: 15 buques.
- 1865 el Estacionario "Vigilante": 11 buques.
- 1866, el Estacionario "Vigilante": 25 buques.
- 1867, el Estacionario "Vigilante": 22 buques.
- 1872, el Estacionario "Vigilante" y Pontón "Mora": 11 buques
- 1873, el Estacionario "Vigilante", Vapor "Espora" y el "Rossetti": 19 buques.

## Discusión y conclusiones

Las prácticas y los sucesos que rápidamente se han reseñado, muestran un complejo panorama en el que están presentes cuestiones que todavía hoy se discuten y para cuya solución no parece cercano el acuerdo, sobre todo en relación a los medios y las estrategias.

**1. La percepción social sobre la prevención.** Este punto resulta de importancia en la medida que influye, y a veces determina, las prácticas o su omisión. Del material documental y bibliográfico consultado parece inferirse razonablemente que la percepción de la sociedad porteña sobre la importancia de la prevención sanitaria fue elemental y escasa, con poca comprensión de la eficacia real de una medida de aislamiento. Esto posiblemente se debiera a la escasa difusión del conocimiento al respecto, por carencia de un programa de educación sanitaria coherente, más que de falta de instituciones, fondos o personal capacitado para llevarlo a cabo. No se registra, por ejemplo, que esta preocupación haya sido tratada a fondo por las autoridades sanitarias portuarias que se sucedieron a lo largo del siglo.

Por otra parte, esta apatía y/o ignorancia de la población se vio sacudida cuando la gravedad de la epidemia tocó de cerca. Entonces, la apatía dio lugar al pánico, casi sin transición, lo cual

constituye otro problema digno de consideración. De la documentación relevada surge que la cuarentena fue pedida por las autoridades del municipio por lo menos una vez, seguramente a instancias de la población o de algún sector de ella que se sintiera especialmente amenazado. En 1873, la población exhibía un notable temor frente al conocimiento de la gravedad de la epidemia en Río de Janeiro, finalmente transmitida –aparentemente vía Montevideo- a la ciudad de Buenos Aires. Es posible colegir que en el puerto uruguayo sucedía como en la cercana ciudad porteña: diversas presiones e incomprensiones sociales determinaban medidas laxas o inocuas frente al morbo y finalmente la epidemia se difundía. Sobre esto se volverá en el tercer punto.

Se ha mencionado que el pánico es otro problema digno de consideración. En efecto, las poblaciones presas de pánico suelen comportarse en forma irracional (encerrarse, huir, matar a los presuntos "transmisores", entrar en orgías apocalípticas, todo lo cual sucedió, por ejemplo, en Europa durante la Peste Negra del siglo XIV) y con ello terminan obstaculizando las medidas adecuadas de una autoridad bien encaminada e intencionada, pero desbordada por el pánico colectivo. Es cierto que en Buenos Aires no hemos llegado a esos extremos, pero no se puede negar que hubo algo de ello.

**2. Los intereses económicos.** También podría sospecharse que el interés por no entorpecer el comercio –que producía efectos sensibles en la población- presionaba a las autoridades para acortar o suprimir las cuarentenas. Sin duda este interés impulsaba a su directa violación, incluyendo el soborno de alguna autoridad intermedia inmediata. Que el interés violatorio tenía que ver más con el comercio que con las personas resulta claro en la medida que se registran denuncias de sustracción de objetos en cuarentena o antes que se les aplicara la fumigación desinfectante. Posiblemente ésta fue la modalidad de violación más frecuente, alentada por la percepción social de que los objetos no son vehículos de contagio tan graves como las personas, percepción que todavía subsiste, como se ha puesto de manifiesto con el comportamiento de ciertos grupos durante la epidemia de gripe porcina (2009-2010). Por otra parte, la sustracción de pequeña cantidad de objetos cada vez pasaba desapercibida y sin duda en muchos casos resultaba difícil de verificar y mucho más encontrar al responsable y probar su ilícito.

Pero tal vez más grave, por la magnitud y por lo que implica desde el punto de vista de la implementación de una política sanitaria, es la presión de las empresas, sea para impedir la medida en sí, sea para evitar que se aplique al caso propio. Lo primero era interés de los importadores y comerciantes en general. Está claro que raramente se llegaría a una confrontación fuerte, porque el

peso de la autoridad médica, unido al miedo al contagio, lo impediría en la mayoría de los casos. De hecho no he registrado este tipo de tensión. Más bien parece haberse dado como en sordina, con expresión de dudas acerca de la conveniencia u oportunidad de la medida y de su duración.

Observando la documentación, parece que lo habitual era lo siguiente: los afectados por la medida de aislamiento la aceptaban al principio, puesto que lo contrario implicaba más riesgos, sobre todo de desacato; pero luego presionaban para que fuera levantada, en general o en algunos casos. En esto sin duda tendrían más fuerza las grandes empresas cuyos intereses eran proporcionalmente más afectados y que tenían interés de mostrarse como "limpias". De la documentación relevada surge, por ejemplo, que el Dr. Biedma se ve desautorizado por una orden superior de levantar la interdicción a un buque americano, sin alterar la cuarentena general. No parece que estas situaciones hayan sido frecuentes, pero es válido pensar que fueron más de las documentadas. En efecto, quizá pocas autoridades médicas, salvo que tuvieran el reconocimiento profesional y la presencia de ánimo del Dr. Biedma, se hubieran atrevido a documentar su disenso, haciendo así público un hecho que en principio debía haber pasado en secreto.

Estas presiones sesgadas podrían rastrearse todavía hoy. Por ejemplo, al declararse en México la epidemia de gripe A en 2009, el gobierno argentino impuso drásticas medidas de seguridad sanitaria a los pasajeros entrantes desde México (lo que sin duda es correcto) e incluso a los de otras zonas (se aplicó hasta a los pasajeros llegados vía fluvial desde Uruguay, lo que también parece aceptable). Pero no se aplicó, o no con el mismo rigor, a los pasajeros de vuelos desde Miami (aunque se sabía de la existencia de la epidemia en Estados Unidos) y finalmente el contagio llegó por esa vía. Con esto no se quiere decir que si se hubiera aplicado la medida a esos vuelos no hubiese habido gripe porcina en Argentina: ninguna medida garantiza el 100% de seguridad, ni mucho menos. Sólo significar que la implementación sesgada o incompleta de una medida no sólo es finalmente ineficaz, sino que es inútil en cuanto al esfuerzo y los costos implicados. Si se decide una práctica preventiva, resulta necesario hacerla con estrictez, para que dé resultados significativos.

**3. Las divergencias entre los médicos.** Sobre la conveniencia o necesidad de ciertas medidas de prevención, y en este caso, particularmente de la cuarentena, hubo (y debe haber todavía) diversas opiniones. En principio no puede negarse que el aislamiento del infectado es al menos una medida prudente (y necesaria si es la única). Las discusiones versan sobre preguntas del tipo: ¿cómo definir de modo adecuado el carácter de "infectado"? ciertamente el que tiene los síntomas declarados, pero ¿hasta dónde se puede extender la sospecha de infección? ¿Cuánto es el

tiempo mínimo razonable para esperar la confirmación de una sospecha? ¿Qué riesgo de difusión hay por cada sospechoso que se introduce en la población sana? Y podríamos añadir otras similares.

De la documentación consultada surge que no había uniformidad de criterios, lo cual, por otra parte, es comprensible. Así por ejemplo, en relación a la larga y gravísima epidemia de fiebre amarilla con epicentro en Río de Janeiro, desde donde se extendió hacia el sur, atacando a Uruguay y Argentina, en 1867 los Dres. Drago y Montes de Oca consideraron que el foco epidémico no era grave y aconsejaron levantar la cuarentena. Cinco años después, en 1872, y luego en 1873, llegó a Buenos Aires el contagio desde Uruguay. Fue entonces cuando los Dres. Wilde y Mallo, en un informe sobre el problema en el puerto, lo atribuyeron a las bajas medidas preventivas tomadas en Montevideo donde, al parecer, el rebrote no se había considerado peligroso. Es decir, habían evaluado la situación como lo hicieron aquí en 1867 los higienistas porteños. Y como resultado, tanto en Uruguay como en Argentina la situación se agravó.

**En síntesis.** La historia de la sanidad portuaria argentina y de su tarea preventiva, de la cual hemos dado algunos trazos panorámicos, nos muestra que el tema de la prevención no fue, ni es, una cuestión de competencia exclusivamente médica. Al contrario, diversos sectores del país se vieron comprometidos y tuvieron al respecto opiniones e intereses diversos. En líneas generales, la competencia médica, sobre todo cuando la única solución era la cuarentena, fue obstaculizada por los intereses comerciales, aliados casi siempre con el poder político general. Desde fines de la década de 1860, una mayor ilustración de los equipos gobernantes y el afianzamiento de su autoridad efectiva (no sólo nominal, como durante décadas anteriores) permitió encarar de modo centralizado y homogéneo la defensa sanitaria de los puertos.

De esto podemos extraer una consecuencia de orden sociológico; la defensa de una medida restrictiva que causa perjuicios de diversa índole, cuando es la única posible, exige –para ser eficaz– que se den todas o algunas de las siguientes condiciones:

1. Que la situación sea objetivamente grave (que no se use en caso contrario);
2. Que la gravedad sea correctamente percibida por la población destinataria y especialmente por los más afectados (exigencia de difusión y concientización); y
3. Que haya unidad de criterio entre los diversos grupos profesionales intervinientes y también a nivel zonal o regional, de modo que se potencie el efecto positivo, reduciendo la percepción del efecto negativo.

---

Entre nosotros, la política general decimonónica de "fronteras abiertas", al comercio externo primero y luego a la inmigración, exigía actitudes, si no de tolerancia, al menos de diplomacia en el tratamiento de estas delicadas cuestiones. La sanidad portuaria y su rol de prevención efectiva fueron la resultante de esta conjugación de fuerzas. Y no siempre los resultados fueron buenos (a la vista, los contagios que sufrió Buenos Aires). La grave epidemia de fiebre amarilla de 1871, que abrió definitivamente los ojos sobre estos problemas, fue un factor desencadenante de una mayor conciencia sanitaria que repercutió positivamente hacia fines de siglo, determinando un criterio social más seguro, a principios del siglo XX. Un siglo después parece que estamos transitando un proceso análogo, lo que muestra la conveniencia de ahondar en la historia de la prevención médica.

## Bibliografía

- Agüero, A. (1992), La defensa sanitaria y marítima del puerto de Buenos Aires. *Todo es historia* (298), 28-39.
- D'Onofrio, R. (1948), Documentos para la historia de la Sanidad Naval Argentina, *Revista de Publicaciones Navales*, supl. 1, 1.
- Pinasco, E. (1947). *El puerto de Buenos Aires en los relatos de veinte viajeros*. Buenos Aires, Ejército de Salvación.
- Sidders, J. C. (1983). Los fondeaderos de Buenos Aires en el siglo XIX. *Marina (Bs. As.)*, 47(520).
- Visiconte, M. (1980, 19 de enero). Los médicos de la escuadra naval argentina, 1841-1851, *La Semana médica*, T. 156(3), n. 5108.

## Fuentes

Archivo Histórico de la Armada.