

La epidemia de fiebre amarilla de 1871 en Buenos Aires, un caso empírico que aceleró y potenció los procesos de exclusión social y xenofobia.

Sol Kaplan Méttola, María Sol Otero, Juana Stratta y Romero Facundo Vazquez.

Cita:

Sol Kaplan Méttola, María Sol Otero, Juana Stratta y Romero Facundo Vazquez (2021). *La epidemia de fiebre amarilla de 1871 en Buenos Aires, un caso empírico que aceleró y potenció los procesos de exclusión social y xenofobia*. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-074/428>

XIV Jornadas de la Carrera de Sociología
Sur, pandemia y después
Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de Buenos Aires
“Pandemias y epidemias en la Historia Social Moderna y Contemporánea: origen,
contexto y consecuencias.” Mesa: 155

Autores¹:

Kaplan Méttola Sol - Otero María Sol - Stratta Juana - Vazquez Romero Facundo.

Título: La epidemia de fiebre amarilla de 1871 en Buenos Aires, un caso empírico que aceleró y potenció los procesos de exclusión social y xenofobia.

Abstract:

Este trabajo busca analizar las consecuencias que tuvo la epidemia de fiebre amarilla de 1871 en Buenos Aires respecto a procesos de exclusión social. Pudimos observar que inmigrantes y sectores bajos fueron los grupos que más sufrieron las consecuencias negativas de la epidemia, presentando estadísticamente el mayor número de defunciones. Para llegar a esa conclusión, analizamos las condiciones de vivienda en que vivían los grupos de inmigrantes europeos que se asentaron al llegar en la década de 1870. A su vez, se estudió las representaciones de los distintos y nuevos grupos sociales durante la epidemia y cómo ellas influyeron en las relaciones sanitarias y sociales de la población. Por otro lado también se analiza cómo diversos actores paraestatales tomaron parte en las medidas de prevención y saneamiento, como respuesta al no accionar del gobierno municipal, al tiempo que se desarrollaba una estructura estatal más fuerte que culminaría años después con la conformación del Estado Nación Argentino.

Hasta el día de hoy podemos observar las consecuencias sociales y políticas producto de esta epidemia, tanto por el dominio de la salud como un eje fundamental del Estado desde donde se ejercen funciones de control social, el factor representacional que asocia la pobreza a las malas condiciones higiénicas, el acceso diferencial a la salud y el maltrato hacia los sectores populares por parte de los órganos del Estado, entre otras.

¹ Estudiantes de la Licenciatura en Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

“¡Si se mueren en los conventillos,
les mandan el carro de los pobres,
que para eso lo hemos creado!”

Eduardo Anguita (2011)

“¡Guerra a la inmundicia!”

Daniel Herrera (2009)

1. Introducción

Las epidemias son puntos de partida para reflexionar acerca del contexto social que las envuelve y el espacio que dan a nuevas configuraciones inevitables una vez que logran ser superadas. La epidemia de fiebre amarilla de 1871 fue un caso empírico que aceleró y potenció los procesos de exclusión social, de caracteres clasistas y xenófobos.

La fiebre amarilla había aparecido anteriormente en Buenos Aires, en 1852, 1858, 1870; pero ninguno de esos años impactó tanto a la población porteña como la epidemia que arribó el 27 de enero de 1871 a Buenos Aires. Para el 21 de junio de ese mismo año la epidemia estaría terminada. En tan sólo seis meses generó un importante movimiento demográfico interno, visibilizó la deficiencia de los métodos sanitarios, y tuvo el número de decesos más importante de la época, 13.614 muertos según el Censo Municipal de 1887 (Municipalidad de Buenos Aires, 1889).

En la década de 1870, se había puesto en marcha una campaña de inmigración europea para atraer los sagrados valores europeos que tanto añoraba Sarmiento. Es así que enormes cantidades de inmigrantes empezaron a llegar desde diferentes puntos del viejo continente, predominando los españoles e italianos. La ciudad se vio desbordada y el hacinamiento fue un problema característico de este período. Esta situación se vio agudizada por la acción restringida tanto del Gobierno Nacional como Municipal. Como consecuencia, surgieron nuevos actores por fuera del Estado que se organizaron para afrontar la epidemia de manera voluntaria. Entre 1864 y 1870 se desarrolló la Guerra del Paraguay, la cual se puede destacar como el punto de ingreso del virus a Argentina. El primer destino fue la Ciudad de Corrientes en diciembre de 1870, y finalmente, llega a la ciudad de Buenos Aires a través de la vía fluvial paranaense radicándose en el área parroquial de San Telmo. El primer caso saltó en un conventillo de la calle Bolívar, donde vivían extranjeros (**Imagen 1**). En poco tiempo, se

sumaron víctimas de los barrios de las parroquias de Monserrat, Balvanera, San Nicolás, San Miguel y Catedral al Sud, entre otras.

La temática es de nuestro interés ya que hubo un aumento de la xenofobia debido a que se creía que era una enfermedad de y provocada por la pobreza, relacionada a la población inmigrante con distinción espacial en los conventillos. A través de varias fuentes bibliográficas y estadísticas pudimos observar que las clases populares e inmigrantes fueron el grupo que tuvo más defunciones durante la epidemia.

El eje de la Salud será estudiado a partir de lo expuesto por Barata, que Maceira (2015) lo presenta del siguiente modo:

Esta dimensión enfoca el proceso de salud-enfermedad-atención, aspecto central de la reproducción de los miembros del hogar, que se encuentra especialmente atravesado por la desigualdad social, la cual se expresa a través de tasas diferenciales de mortalidad, morbilidad y de acceso a los sistemas de salud (p.19).

Por condiciones de vida comprendemos el resultado de estrategias familiares, en el marco de las estrategias de acumulación del capital y las formas que asume la intervención social del Estado (Maceira, 2015). Respecto a este enfoque, estructuramos nuestro análisis siguiendo los lineamientos teóricos del estudio de Engels (1965) respecto a las condiciones de vida de la clase obrera en Inglaterra, identificando la distribución territorial de las clases populares porteñas, en el marco de la creciente urbanización de la Ciudad de Buenos Aires, tanto como su organización dentro de las viviendas, las condiciones de vida de estos sectores en este contexto, y las consecuencias que dicha organización tiene en lo tocante a la salubridad de la población.

Como el compendio de medidas y acciones llevadas a cabo por personas pertenecientes y no pertenecientes al Estado, implica un conjunto de ideas muy diversas, también tendremos el enfoque sobre lo que Cabrera (2004) describe como Imaginario Social:

El imaginario social es el conjunto de significaciones que no tiene por objeto representar “otra cosa”, sino que es la articulación última de la sociedad, de su mundo y de sus necesidades: conjunto de esquemas organizadores que son condición de representatividad de todo lo que una sociedad puede darse (p.7).

Situaremos el contexto político, social y demográfico, como también expondremos la configuración espacial de Bs. As, con el objetivo de comprender por qué las clases populares porteñas fueron las más afectadas por la epidemia de fiebre amarilla.

En el desarrollo de la monografía intentaremos responder ciertas preguntas que fueron surgiendo en medida que nos involucramos en el tema: ¿Cuál fue el rol del Estado durante la

epidemia? ¿Cómo influyen las condiciones de vida en la salud de las personas pertenecientes a los sectores populares? ¿Qué idea formada en el imaginario colectivo tenían respecto de la epidemia y su tratamiento? ¿Cuáles fueron los sectores urbanos que se vieron más afectados por la fiebre amarilla? ¿Qué situaciones dejaron al descubierto la epidemia?

2. Configuración política, social, demográfica

La Ciudad de Buenos Aires creció exponencialmente durante la segunda mitad del siglo XIX. El elemento demográfico principal de aquel crecimiento vertiginoso fue, la inmigración de extranjeros; esto explicaría más del ochenta por ciento del crecimiento de la población de la ciudad entre 1855 y 1885 (Recchini de Lattes, 1971). Las elites liberales pensaban a la inmigración, particularmente de origen anglosajón, como un componente central en su proyecto de Estado-Nación, por lo que desarrollaban políticas que alentaban la llegada de inmigrantes al puerto de Buenos Aires. Entre 1857 y 1890 llegaron a la Argentina 1.281.577 inmigrantes; entre 1861 y 1870 desembarcaron 159.570 (Dirección Nacional de Inmigraciones, 1925).

Contrariamente al imaginario de las elites políticas, los inmigrantes que llegaron de Europa eran de las zonas más empobrecidas, principalmente de España e Italia. Por el impacto persistente de migración externa, la población de la ciudad portuaria se caracterizaba por su alta proporción de extranjeros.

El primer Censo Nacional que se realizó en 1869, bajo la presidencia de Sarmiento, señalaba que Buenos Aires tenía 177.787 habitantes, dentro de un total de 1.830.214 para todo el país. La población extranjera en Buenos Aires era de 88.126 personas, frente a un total de 89.661 argentinos. Había 44.233 italianos; 14.609 españoles; 14.180 franceses; 6.177 uruguayos; 3.174 ingleses; 2.070 alemanes; 1.401 suizos; 798 portugueses; 733 brasileños; 611 norteamericanos; 606 paraguayos; 544 austriacos; 471 chilenos; 163 belgas; 151 bolivianos y peruanos, 2.297 varios (INDEC, 2003).

Si se observa el **Mapa 1**, se puede apreciar la extensión y división civil espacial de la Ciudad de Buenos Aires en 1870. Para ese entonces la ciudad ocupaba sólo 3.936 hectáreas (Recchini de Lattes, 1971). En esos tiempos, la ciudad porteña se dividía por secciones de policía, como se puede observar en el **Mapa 2**. Siguiendo el mapa, y la **Tabla 1**, podemos afirmar que para 1869, las secciones policiales más pobladas eran 3°, 5°, 4°, 1°, 6°, 13° y 14°. La población extranjera preponderaba en las secciones policiales 20°, 1°, 9°, 12°, 3° y 19°; a la vez que que la población nativa sobresalía en las secciones 11°, 17°, 18°, 8° y 7° (Maglioni y Stratta, 2009).

3. Guerra y enfermedad, un Estado en proceso de construcción

En 1868 Domingo Faustino Sarmiento llega al poder nacional Argentino. Para ese entonces, el territorio argentino contaba con una población aproximada de un millón ochocientos habitantes, de los cuales el 31% vivía en la provincia de Buenos Aires, exponiendo desde ese entonces una mala distribución espacial. La herencia que recibe Sarmiento es de un 75% de familias en situación de pobreza y un 71% de la población analfabeta, situaciones que en su presidencia intentará modificar (INDEC, 2003).

Para comienzos de 1870 el gobernador Urquiza había sido asesinado, lo cual evidenciaba los fuertes conflictos políticos de la época; así también a nivel internacional finalizaba la Guerra del Paraguay o Guerra de la Triple Alianza, de las más importantes y con más consecuencias en la región. Esta guerra, impopular y arrasadora, había comenzado durante la presidencia de Bartolomé Mitre pero finalmente, durante la presidencia de Sarmiento fue concluida. El Paraguay fue derrotado y perdió gran parte de su territorio y población; se logra consolidar el límite entre la Argentina y el Paraguay incorporando al territorio argentino una fracción que pertenecía al país vecino.

En el marco de este contexto es en el cual la epidemia de fiebre amarilla ingresa, conflicto que se dio a lo largo de toda la Región Litoral. Este estudio hará foco en cómo se dio particularmente en la provincia de Buenos Aires, Argentina.

En Asunción del Paraguay, el pico de contagios de la fiebre amarilla se había producido en diciembre de 1870, propagándose prontamente a los pueblos ribereños del río Paraná como consecuencia del movimiento de personas por la guerra. Ante la noticia de la epidemia en el país vecino, se propusieron tomar algunos recaudos, como ampliar el lazareto, pero no fue suficiente para contener el brote, ya que se generó un crecimiento exponencial en el número de muertes diarias en los meses siguientes. El número total de fallecidos por fiebre amarilla en la Ciudad de Buenos Aires al término de la epidemia fue de 13.614 personas, por sobre un total de 195.262 habitantes.

Podemos observar tanto en el **Cuadro 1**, como ilustrado en el **Gráfico 1**, el desarrollo de la epidemia y sus picos a lo largo de los meses. Así mismo, al observar el **Cuadro 2**, podemos visibilizar la nacionalidad de los fallecidos por fiebre amarilla.

4. Rol del estado y Comisión Popular: Medidas sanitarias tomadas

Cuando se desató la peste, el presidente Domingo Faustino Sarmiento, decidió irse de la ciudad de manera preventiva. Dejando así que las Comisiones de Higiene pertenecientes a la Municipalidad de la Ciudad, fueran el órgano que se encargaría de paliar la crisis sanitaria. Como afirma Tobar (2012) por el siglo XIX el Estado se puede identificar como “policía médica” lo que significaba que la salud en Argentina se caracterizaba por ser primordialmente un sector que actuaba de forma independiente al Estado ya que este no registraba la salud como un aspecto que estuviera designado a su accionar, en cambio se limitaba a garantizar la seguridad a la ciudadanía. “Se trata de un modelo higienista de intervención del Estado pero más preocupado por “aislar a los enfermos” que por prevenir las enfermedades, más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia” (p.4).

El municipio aún era una institución que poseía escasa legitimidad, tenía pocos recursos y pocos empleados; creada hacía no más de 20 años, estaba en constante lucha por conseguir su absoluto poder. Este período se destacó por ser un momento en que los poderes se estaban definiendo, en el que se dan pugnas de poder y se empiezan a llevar a cabo distintas tareas con el objetivo de organizar y estructurar el Estado Nacional que tendrá recién su “plena” consolidación en el año 1880.

Como respuesta a la no acción del gobierno municipal, a comienzos de marzo de 1871 se constituye la Comisión Popular integrada por médicos, políticos e intelectuales opositores, la cual actuaría en paralelo a las autoridades municipales en busca de poder organizar la lucha contra la enfermedad. De este modo, la comisión se encargaba de aconsejar al municipio sobre qué medidas tomar; como también de realizar una división espacial en la ciudad, donde, por cada parroquia, instalaron una comisión logrando así una vigilancia constante del municipio.

La Comisión Popular en conjunto con la Comisión de Higiene no solo desarrolló tareas de supervisión donde realizaban partes diarios sobre la evolución de la enfermedad, sino también impulsaron medidas de saneamiento principalmente en donde se encontraban focos de contagio. Recorrían los barrios más afectados, echando a la calle a todos los residentes de los inmuebles donde aparecían signos de enfermedad. Siempre estaban acompañados por un piquete policial con orden de actuar si surgían dificultades. Se quemaban todos los muebles, la ropa y demás cosas que hubieran estado en contacto con los enfermos. Los conventillos eran desinfectados y luego cerrados. Los comisionados y la policía se iban y quedaban los residentes inmigrantes y populares librados a su suerte.

Por otro lado, también debemos destacar el papel de los vecinos de cada barrio. Por manzana se nombraba a un vecino “respetable”, para que supervise el correcto cumplimiento de las órdenes mandadas por la municipalidad; que la limpieza de las calles se cumpla como corresponde, que las viviendas se asean como fue determinado, entre otras funciones. El trato que cada uno de los vecinos recibía dependía del rango al que pertenecieran, como es de suponer, a aquellos de mayor rango no se les insistía tanto en el cumplimiento. Mientras que a aquellos vecinos de menor rango se les dedicaba mayor atención y se informaba en cuanto al trabajo, el ocio, la estadía y la situación de cada uno de ellos, marcando de esta forma aún más la diferencia entre los vecinos “respetables” y los trabajadores pobres (Pita, 2016).

Fiquepron (2017b) expone que las comisiones de vecinos se han interpretado generalmente por la historiografía como una respuesta de la sociedad frente a la parálisis del Estado, en particular en su dimensión municipal. De esta forma, el autor sostiene que las epidemias generaron la posibilidad de crear, reformar y convertir esferas específicas del Estado municipal, ante todo las vinculadas con la salud e higiene. Fiquepron denomina este proceso como “vector de institucionalización”, ya que con las epidemias, tanto de cólera y de fiebre amarilla, aparecieron una serie de medidas y formas de organización que luego fueron institucionalizadas.

A su vez, las mujeres de clase alta también tuvieron un importante papel en esta epidemia, ya que se pusieron al frente de la concientización de la salubridad, como la aplicación de estas en sus propias casas. Pero esta preocupación llevó a que las mujeres de la elite, al igual que los vecinos inspectores, intentarían acercarse cada vez más a los hogares populares con el fin de regular su vida doméstica, no solamente en lo higiénico sino que también para expandir sus valores morales (Di Liscia, 2005).

Podemos observar como, tanto los médicos como distintos actores de la sociedad, no solamente se proponían accionar para preservar la salud de los vecinos, sino que también había un interés secundario en aprovechar la situación para “civilizar” a aquellos que no lo estaban. Si bien muchas medidas se impulsaron en pos de beneficiar a los ciudadanos, también esto se hacía para lograr imponer una ideología unificadora, la cual estructuraba en qué condiciones había que vivir, qué prácticas llevar a cabo, etc. Es en esta etapa cuando los médicos comienzan a tener una influencia más significativa en guiar a la política a solucionar los problemas sociales (Maglioni y Stratta, 2005).

Frente al confuso escenario dispuesto por la mortal epidemia, las medidas de la municipalidad se gestaron en torno a una serie de ordenanzas, que tuvieron por objetivo controlar los olores y las emanaciones de gases de las letrinas y sumideros. Este plano de acción estaba ligado a la “teoría de los miasmas”, según la cual las enfermedades infecto contagiosas se debían a los

malos aires, la enfermedad surgía de las emanaciones de los suelos y aguas sucias, es decir, de la suciedad y de la descomposición de la atmósfera. Se tomó muy seriamente el control de las letrinas, en las que se depositó gran parte de la desesperación de la población. Los vecinos respetables, designados para registrar el estado higiénico de las casas, insistiendo en la responsabilidad de los y las habitantes frente a las reparaciones, y exigiendo el pago de multas por incumplimiento (Pita, 2016).

También se realizaron ordenanzas en torno a ciertas cuestiones organizativas de los espacios privados, como el empedrado obligatorio de lugares con circulación de personas y animales, la construcción de medianeras, la implementación de reglas para el cavado de pozos de agua, inodoros, sumideros y letrinas.

Una de las características salientes que tuvo el accionar de las autoridades como resultado de la epidemia, fueron toda una serie de proyectos y medidas a tomar que modificaron la distribución física en la ciudad buscando evitar los contagios, mejorando las condiciones de higiene y dando mayor visibilidad a cada uno de los espacios. Se aceleró un proceso de relocalización de todo centro contaminante de la ciudad. Muchos establecimientos fueron señalados como insalubres, cómo los cementerios y mataderos. Saladeros y todo lugar de procesamiento de la carne (Maglioni y Stratta, 2009).

5. ¿Qué factores producen la enfermedad? Preguntas y respuestas frente a la crisis sanitaria

Para 1871 cuando la fiebre amarilla llegó a Buenos Aires la ciudad se encontraba totalmente inequipada para afrontar una epidemia de ese tipo, tanto por infraestructura como por conocimiento sobre la enfermedad que debían atravesar. Las representaciones que tenía la población sobre esta extraña enfermedad fueron variadas, y no hubo una división tajante entre las posturas médicas y la opinión popular, todas se vieron plagadas de misticismo y soluciones mágicas. Predominaba la ocupación de las mujeres de la casa frente alguna enfermedad y se recurría a “saberes populares, heredados de la tradición hispánica e indígena” (Di Liscia M, 2005, p.100). También hubo un gran peso de lo religioso frente a las enfermedades en general y la fiebre amarilla no quedó fuera.

Las enfermedades al corresponder al ámbito privado, carecían de un desarrollo técnico avanzado para luchar contra ellas. Es por esto que no correspondía al ámbito público hacer frente a la enfermedad y antes que un derecho de los ciudadanos, la asistencia médica era una “dádiva otorgada a los excluidos, los no ciudadanos” (Tobar, 2012, p. 5).

Es importante remarcar que el origen de la fiebre amarilla era desconocido, como así también su propagación. El conocimiento sobre las causas de la enfermedad fue cambiando de forma profunda a través del tiempo. La fiebre amarilla según la OMS (2019) “es una enfermedad vírica aguda, hemorrágica, transmitida por mosquitos infectados”. Recién en 1881, gracias al médico cubano Carlos Finlay -en realidad tuvieron que pasar veinte años más para que le creyeran, cuando otro investigador repitió los experimentos de Finlay y llegó a las mismas conclusiones- se descubre que el vector de la enfermedad era un mosquito hembra *aedes aegypti* que cargaba la enfermedad y buscaba cuerpos depositarios. Por entonces se desconocía que las personas no transmitían entre ellas la enfermedad sino que el contagio provenía directamente del insecto. La existencia de un virus era una visión futurista. Este error costó mucho debido a las consecuencias y políticas que se tomaron para combatir la enfermedad. Los estudios antes mencionados aún así no eran acabados porque gracias a los conocimientos actuales se sabe que el mosquito *aedes aegypti* no es el único vector, y reconocen trece especies capaces de portar el virus de fiebre amarilla.

La fiebre amarilla es una enfermedad viral que ataca violentamente al cuerpo de los seres humanos. Las personas contagiadas padecen fuertes dolores de cabeza, en las articulaciones, cansancio y fiebre. Cuando la enfermedad avanza de fase ataca al hígado, las fallas ocurridas en el sistema generan hemorragias, y la sangre se torna negra. La falla hepática es la que genera la coloración amarillenta en la piel, que se sigue de dolores de cabeza, alucinaciones, estertores, vómitos y diarrea (Fiquepron, 2017a). Tal invasión en el cuerpo fue susceptible de generar una exaltación llena de incertidumbre y temor en la población, ya que nunca se había enfrentado a esta enfermedad de manera colectiva.

Los distintos medios para combatirla fueron dados por cómo los agentes de la salud y el sentido común de la población representaba la forma en la que esta se transmitía. Indagar en los métodos de prevención y paliación de la enfermedad que se gestaron en ese momento, nos puede ser útil para ver qué ideas tenía la población al respecto. El cuerpo médico realizaba publicaciones a través de los periódicos, donde hacían recomendaciones como “aplicar uno o dos vomitivos, y algunos purgantes (...) A lo que se deben seguir buenos alimentos, y mejor vino” (Fiquepron, 2017a, p. 54). En la prensa también se publicaban tratamientos ligados a las bebidas alcohólicas fuertes, ya que se las veía como fuente de vigor y fortaleza para combatir la enfermedad. Los médicos y la prensa también creían que una de las fuentes mismas de contagio, era el miedo al contagio; aquí se ve un sesgo negador, en tanto no se sabía realmente cómo combatir la enfermedad, se propone evitar el temor que esa situación genera, como si ese sentimiento no fuera una consecuencia de la crisis ante la múltiples pero ineficaces respuestas

sanitarias.

Como concluye Figuepront en su estudio “Cuerpos Transformados: Representaciones sobre la salud y la enfermedad durante las epidemias de cólera y fiebre amarilla en Buenos Aires (1867-1871)”, los medios para enfrentar la enfermedad remiten al orden de lo simbólico, y apuntan al control del propio cuerpo y de las emociones, humanizando así a los cuerpos que padecen una enfermedad tan deshumanizante. Frente a esto, la literatura y la ficción permitieron ordenar y organizar algunas de las ideas de la sociedad en torno a cómo sobrellevar la crisis.

6. Condiciones de vida e imaginarios sociales

Ya en años anteriores a la epidemia se venían denunciando las pésimas condiciones de vida de la mayoría de los ciudadanos de la Ciudad de Buenos Aires. La distribución porteña junto con la precariedad del sistema de salud contribuyeron a multiplicar los casos. Para empezar, el espacio urbano se caracterizaba por tener cementerios, hospitales y plazas en su centro. Predominaba como arquitectura de las viviendas las típicas casas chorizo del siglo XIX. En sus terrazas era donde se aprovisionan de agua de lluvia para las cisternas de los patios. Había débil o nula infraestructura de cloacas y el sistema de agua potable era muy rudimentario ya que todavía se utilizaban los aljibes que se caracterizaban por tener varios usos, no solo de consumo sino también para la limpieza. Los aljibes fueron uno de los focos infecciosos más importantes de la fiebre amarilla debido a que los mosquitos que la ocasionaron depositaban sus huevos en esas aguas creando de esta forma grandes criaderos.

Por otro lado, las aguas del Riachuelo empeoraba la situación, ya desde muchos años atrás, tanto los saladeros como mataderos y fábricas vertían sus desechos en el río sin medida. Incluso, muchos restos de los cuerpos víctimas de la fiebre amarilla que estaban enterradas al ras del suelo, con tan solo una fuerte lluvia terminaban en las aguas del Riachuelo. Los saladeros, basurales y corrales, frente a la epidemia se los resignifica como lugares de pestilencia. Los basurales se ubicaban en los barrios “bajos” y utilizaban métodos insalubres para la reducción de la basura (Pigna, 2020).

La ciudad era considerada el foco de infección, por lo que hubo corrientes de emigración hacia zonas rurales —que resultaron ser lugares idóneos para la reproducción del mosquito que transmite la enfermedad—. Hubo migraciones forzadas por parte de los sectores sociales más acomodados económicamente, que decidieron irse de sus viviendas opulentas para trasladarse a la campaña bonaerense. Esto generó una gran expansión de la ciudad, porque las zonas ocupadas luego se asentaron como lugares residenciales definitivos. Los edificios

abandonados, conocidos luego como conventillos, fueron ocupados por familias, cada una de ellas en una habitación, en edificios carentes de las mínimas condiciones higiénicas. Vivir en estos conventillos era sumamente insalubre, el hacinamiento era incomparable y el calor que hacía en ellos era propicio para expandir una enfermedad. Se desplegó así, en el imaginario social, la idea dicotómica de la ciudad enferma y el campo saludable. Se erigió un imaginario en torno a la casa enferma que contagia y por esas razones se prioriza el desalojo como acción necesaria e inmediata para detener la expansión devastadora del foco. Empezaban a ser más claras las evidencias de la “segregación social”, siendo la norma el hacinamiento, acentuado por los importantes contingentes de población que llegaban a Argentina en busca de oportunidades (Bonastra, 1999).

Con el paso del tiempo, la comisión entonces identificó que la mayoría de los casos se relacionaban con lugares en los que se aglomeraban personas. Además, con la teoría de los miasmas en vigencia, se consideraba que los fluidos de quienes estaban enfermos o quienes no se encontraban aseados también eran fuentes de contagio, ya que no solamente eran considerados aquellas emanaciones de los suelos. Por lo tanto, si la enfermedad provenía de lo insalubre, se apuntaba a los sectores pobres como los focos de contagio supremo. Los grupos inmigrantes asentados en los conventillos o casas de inquilinato estaban ubicados en la parte sur de la ciudad, en los barrios de Monserrat y San Telmo abandonadas por sus propietarios y ahora dadas en alquiler a inmigrantes, estos eran los focos más infecciosos. Las acusaciones a los grupos inmigrantes solo trajo aparejadas más prácticas xenófobas. Durante los meses en los que se desarrolló la epidemia, el desalojo de los conventillos formó parte de la cotidianeidad, así también fueron comunes las deportaciones y se limitó el arribo de barcos.

Tortorello (2017) amplía que se usó de chivo expiatorio a las clases populares e incluso más específicamente: los inmigrantes. Desde muchísimo antes de la epidemia se asocia pobreza con suciedad y esto sirvió para reforzar esta imagen inculcando a los sectores populares de ser los creadores del mal de la epidemia.

7. Conclusión y Reflexiones finales

El principal interés de este trabajo, en un principio, estuvo centrado en las condiciones de vida como eje explicativo de las consecuencias que se observaron luego de la epidemia. Al desarrollar el trabajo se puso de manifiesto que si bien éstas conformaron una variable muy importante dentro de nuestra investigación, las representaciones colectivas fueron esenciales para comprender cómo la epidemia potenció los procesos de exclusión social y xenofobia.

Nos importa destacar los distintos niveles y tipos de organización y la respectiva diversidad de actores sociales que tomaron parte de la acción frente a un fenómeno tan conmocionante y violento como es una epidemia. Los actores sociales que participaron en las diversas medidas tomadas fueron la Comisión de Higiene de la Municipalidad, la Comisión Popular, el cuerpo policial, el cuerpo médico, las parroquias, los vecinos y vecinas, periódicos, escritores, entre otros. Las medidas variaron desde el control rutinario de los espacios privados, la formulación de ordenanzas sobre la organización de los espacios públicos y privados, la recomendación de distintos métodos de sanitización, la producción de obras con el fin de contentar los ánimos de la población, y otras expuestas.

El rol que el Estado desempeñaba entonces, explica su limitada participación en la epidemia. Su tarea se centraba en la seguridad antes que proveer de un derecho como la salud. Esta epidemia como otras evidenciaron en su posterioridad, la necesidad de también resguardar la salud de la población.

Los distintos actores que participaron en el combate contra la epidemia, relacionaron directamente la fiebre amarilla con los focos de contagio que se encontraban en los conventillos, señalando a sus ocupantes. De esta forma, se construyó la imagen del culpable alrededor de los grupos inmigrantes, principalmente los italianos. Los diarios expresaron esta imagen colectiva con títulos como “Guerra a la inmundicia”, “Guerra a muerte a los conventillos y a los focos infecciosos que existen en la ciudad”.

Tanto por las medidas tomadas por los nuevos actores sociales, como por las condiciones de vida de los sectores populares e inmigrantes, y las posibilidades de escapar de la epidemia de los sectores acomodados, pudimos observar y afirmar que inmigrantes y sectores bajos fueron los grupos que más sufrieron las consecuencias negativas de la epidemia y que contaron con el mayor número de defunciones.

El claro componente de poder que estuvo ligado a estas acciones, repercute hasta nuestros días, tanto por la adopción de la salud como un brazo primordial por parte del Estado, que cumple funciones de conocimiento y control social, la división territorial entre un norte “rico” y un sur “pobre” de la ciudad, el factor representacional que asocia la pobreza a las malas condiciones higiénicas, el acceso diferencial a la salud y el maltrato hacia los sectores populares por parte de los órganos del Estado.

Anexos

Cuadro 1.

Mes	Cantidad de muertes
Enero	6
Febrero	298
Marzo	4.895
Abril	7.535
Mayo	842
Junio	38
Total	13.614

Muertes por epidemia de fiebre amarilla, 1871.

Fuente: Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. (1889). *Censo General de la población, edificación, comercio e industrias, 1887*. Compañía Sud-Americana de Billetes de Banco.

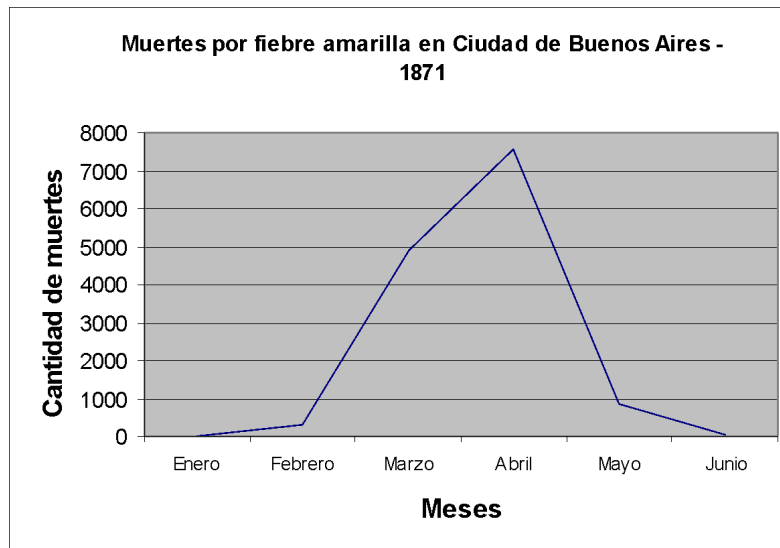
Cuadro 2.

Origen		Muertes	
		Parcial	Total
Nativos		3.397	3.397
Extranjeros	Italianos	6.201	10.217
	Espanoles	1.608	
	Franceses	1.384	
	Otros	1.024	
Totales		13.614	13.614

Muertes por fiebre amarilla en la Ciudad de Buenos Aires, según origen. Año 1871.

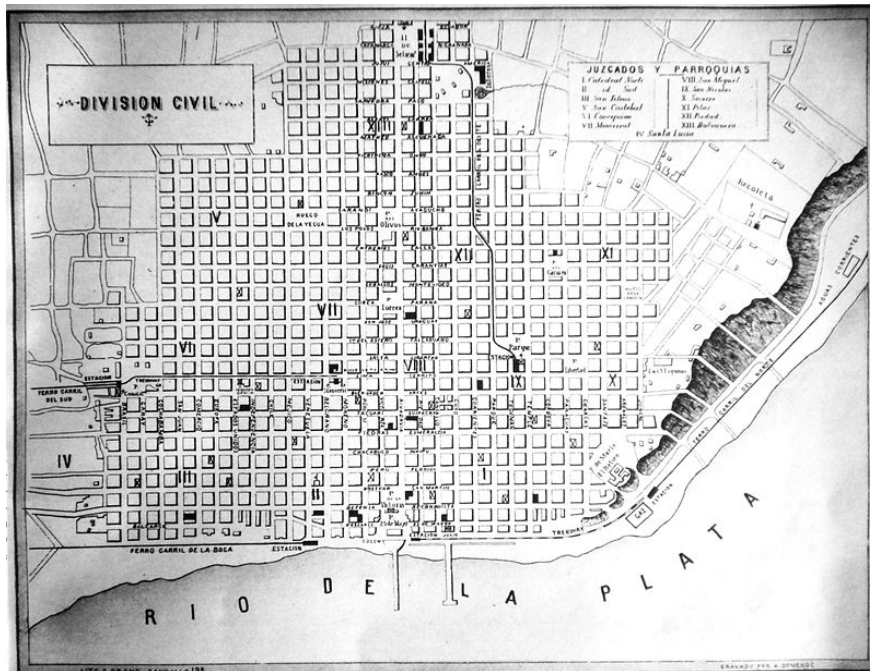
Fuente: Senna, M. A. (1967). Diario de la gran epidemia. *Todo es Historia*, (8), p. 8-27.

Gráfico 1.



Fuente: Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. (1889). *Censo General de la población, edificación, comercio e industrias, 1887*. Compañía Sud-Americana de Billetes de Banco.

Mapa 1.



División civil de la ciudad de Buenos Aires 1870.

Fuente: Grondona, Nicolas. (1870). Recuperado de <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:PlanoBUE1870.JPG>

Mapa 2.



Plano de la Ciudad de Buenos Aires con división en secciones policiales 1869.

Fuente: Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. (1889). *Censo General de la población, edificación, comercio e industrias, 1887*. Compañía Sud-Americana de Billetes de Banco.

Imagen 1.



Casa donde se habría registrado el primer caso de la epidemia de fiebre amarilla en Buenos Aires, enero de 1871.

Fuente: Carrizo, F. (Enero 1899). Portfolio de curiosidades. Revistas Caras y Caretas 17 (15).

Recuperado de <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0004082474&search=&lang=es>

Tabla 1.

Sección		1869	
policial	Total	Argentinos	Extranjeros
Total	177.787	89.661	88.126
1º	13.543	5.545	7.998
2º	11.155	5.101	6.054
3º	17.134	7.513	9.621
4º	14.128	6.771	7.357
5º	14.522	7.470	7.052
6º	12.978	7.512	5.466
7º	7.540	4.595	2.945
8º	6.574	4.129	2.445
9º	4.600	1.943	2.657
10º	3.171	1.556	1.615
11º	2.006	1.437	569
12º	815	345	470
13º	12.782	6.965	5.817
14º	12.329	6.588	5.741
15º	8.519	4.864	3.655
16º	9.595	5.745	3.850
17º	1.908	1.883	25
18º	7.135	5.034	2.101
19º	5.300	2.360	2.940
20º	6.243	2.223	4.020
Población Fluvial	5.810	82	5.728

Población por nacionalidad según sección policial, Ciudad de Buenos Aires, 1869.

Fuente: Maglioni, C., Stratta, F. (2009). Impresiones profundas. Una mirada sobre la epidemia de fiebre amarilla en Buenos Aires. *Población de Buenos Aires*, 6(9), p.16. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/pdf/740/74011912001.pdf>

Referencias

- Anguita, E. (2011). *Fiebre amarilla en Buenos Aires*. Instituto argentino para el desarrollo económico. Recuperado de <http://www.iade.org.ar/noticias/fiebre-amarilla-en-buenos-aires>
- Bonastra, J. (1999). Higiene pública y construcción de espacio urbano en Argentina. La ciudad higiénica de La Plata. *Scripta Nova Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales.*, 45 (28). ISSN 1138-9788.
- Cabrera, D. (2004). *Imaginario social, comunicación e identidad colectiva*. Recuperado de <https://pdfslide.net/documents/imaginario-social-comunicacion-e-identidad-colectiva-daniel-cabrera.html>
- Di Liscia, M. S. (2005). Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en Argentina, 1870-1940. *Signos Históricos*, (13), p.95-119.
- Dirección Nacional de Migraciones. (1925). *Resumen Estadístico del Movimiento Migratorio en la República Argentina, años 1857-1924*. Talleres Gráficos del Ministerio de Agricultura de la Nación. Recuperado de <https://www.worldcat.org/title/resumen-estadistico-del-movimiento-migratorio-en-la-republica-argentina-anos-1857-1924/oclc/10793438>
- Engels, F. (1965). *La situación de la clase obrera en Inglaterra (1845)*. Editorial Futuro.
- Fiquepron, M. R. (2017a). CUERPOS TRANSFORMADOS: Representaciones sobre la salud y la enfermedad durante las epidemias de cólera y fiebre amarilla en Buenos Aires (1867-1871). *Revista de Historia Americana y Argentina*, 2(5), p.43-66.
- Fiquepron, M. R. (2017b). Los vecinos de Buenos Aires ante las epidemias de cólera y fiebre amarilla (1856-1886). *Quinto Sol*, 21(3), p. 1-22.
- Fiquepron, M. R. (2018). Lugares, actitudes y momentos durante la peste: representaciones sobre la fiebre amarilla y el cólera en la ciudad de Buenos Aires, 1867-1871. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 25(2).
- Herrera, D. (2009). *El temor a la epidemia de los pobres. Buenos Aires y la fiebre amarilla de 1871*. Buenos Aires Historia. Recuperado de https://buenosaireshistoria.org/juntas/el-temor-a-la-epidemia-de-los-pobres-buenos-aires-y-la-fiebre-amarilla-de-1871/#_edn51.

- INDEC. (2003). *Historia demográfica argentina, 1869-1914 Versión digital de los tres primeros censos nacionales*. Dirección de Difusión, INDEC. Recuperado de <http://catalogosuba.sisbi.uba.ar/vufind/Record/201603170443157906>.
- Maceira, V. (2015). Un abordaje teórico-metodológico para la investigación de la estructura, la movilidad social y las condiciones de vida: la propuesta ENES-PISAC. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales (Relmecs)*, 5(2).
- Maglioni, C., Stratta, F. (2005). La epidemia de fiebre amarilla en Buenos Aires, 1871. Discurso médico, inmigración y construcción del Estado. *Revista de Historia Bonaerense*, (29), p. 20-27.
- Maglioni, C., Stratta, F. (2009). Impresiones profundas. Una mirada sobre la epidemia de fiebre amarilla en Buenos Aires. *Población de Buenos Aires*, 6(9), p. 7-19. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/740/74011912001.pdf>
- Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. (1889). *Censo General de la población, edificación, comercio e industrias, 1887*. Compañía Sud-Americana de Billetes de Banco.
- OMS. (2019). *Fiebre amarilla*. Organización mundial de la salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/yellow-fever>
- Pigna, F. (2020). 1871, La fiebre amarilla en Buenos Aires. *Armando Vidal*. Recuperado de <http://armandovidal.com/index.php/cuando-fue-que/2340-1871-la-fiebre-amarilla-como-castigo-a-buenos-aires>.
- Pita, V. S. (2016). Intromisiones municipales en tiempos de fiebre amarilla: Buenos Aires, 1871. *Revista Historia y Justicia*, (6), p.44-71. Recuperado de <https://journals.openedition.org/rhj/531>.
- Recchini de Lattes, Z. (1971). *La población de Buenos Aires*. Editorial del Instituto.
- Senna, M. A. (1967). Diario de la gran epidemia. *Todo es Historia*, (8), p. 8-27.
- Tobar, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. In O. Garay (Ed.), *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*. La Ley.
- Tortorello, Y. (2017). La fiebre amarilla en Buenos Aires: la gran epidemia de 1871 y su imaginario. *XVI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia. Facultad Humanidades. Universidad Nacional de Mar del Plata*. Recuperado de <http://cdsa.academica.org/000-019/55.pdf>