

# RACIALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y BIOPOLÍTICA EN ARGENTINA (1871-1955)

**FERNANDO PROTO GUTIERREZ**

## RESUMEN

La epidemiología es una tecnología biopolítica que funcionaliza, según Foucault (2014) la racialización poblacional del biopoder, con el fin de ejercer prácticas de normalización (o higiene social) de las fuerzas de trabajo.

El presente escrito tiene como objeto indagar sobre la modalidad en que la epidemiología moderna en Argentina se constituyó como un dispositivo médico de vigilancia y control raciológico del cuerpo social, en conformidad con el modelo pluralista no regulado (previo a 1945) y al modelo de planificación estatal centralizada (de 1945 a 1955) del sistema de salud (Arce 2013:28).

Los modelos descriptos se estructuraron de acuerdo a un proceso de colonización y transposición metodológica de los esquemas de centralización sanitaria prusiano, del higienismo urbano francés y de la medicina social inglesa. En este sentido, la gestión sanitaria en Argentina contextuó de manera sincrética los sistemas de administración biopolíticos europeos, conservando como centro de las prácticas médicas el objetivo de preservar la fuerza laboral como requerimiento para maximizar la producción de capital.

Por lo tanto, la interpretación de la función de vigilancia epidemiológica como dispositivo de gestión racial y contra-racial –en los términos explicitados por Michel Foucault-, posibilita pensar en los indicadores biopolíticos que describen la modalidad de bio-regulación de la salud poblacional en el período de 1871 (peste de fiebre amarilla en Buenos Aires), hasta 1955, fecha en que se consuma el programa cibernológico de gestión socio-sanitaria aplicado por Ramón Carrillo.

**PALABRAS CLAVE:** epidemiología; biopolítica; biopoder; racialización; gestión sanitaria

ÍNDICE

RESUMEN .....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
1. INDICADORES BIOPOLÍTICOS EN LA OBRA DE MICHEL FOUCAULT .....	4
1.1. MODELOS BIOPOLÍTICOS DE GESTIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN LA MODERNIDAD EUROPEA	6
1.1.1. CENTRALIZACIÓN ESTATAL DEL SISTEMA SANITARIO ALEMÁN.....	6
1.1.2. HIGIENISMO URBANO FRANCÉS.....	7
1.1.3. MEDICINA SOCIAL EN GRAN BRETAÑA.....	8
2. MODELOS BIOPOLÍTICOS DE GESTIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN LA MODERNIDAD ARGENTINA ...	9
2.1. HIGIENISMO EN BUENOS AIRES Y CENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO .....	9
2.2. LA MEDICINA SOCIAL DE RAMÓN CARRILLO .....	13
3. RACIALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA E INDICADORES BIOPOLÍTICOS .....	16
3.1. VALOR PÚBLICO DEL CIUDADANO BIOLÓGICO.....	16
4. CONCLUSIONES .....	19

## INTRODUCCIÓN

El presente escrito se estructura a partir de la siguiente indagación como eje guía, en rigor: ¿Cuáles son las características de la epidemiología en Argentina en el período 1871-1955, en relación con los modelos de gestión sanitaria aplicados en Europa –específicamente Prusia, Francia e Inglaterra- desde el siglo XVII, a partir de la perspectiva de interpretación hermenéutica de los indicadores biopolíticos de Michel Foucault?

Luego, el objetivo general consiste en describir la relación dada entre los modelos de gestión a partir de los indicadores biopolíticos, a fin de comprender la naturaleza raciológica de la epidemiología moderna en cuanto dispositivo de vigilancia y control que aporta, como tecnología del biopoder, un saber cuantitativo y cualitativo respecto de la naturaleza de la población y sus amenazas biológicas.

Los objetivos específicos que se formulan son:

1. Caracterizar los modelos biopolíticos de gestión sanitaria y dispositivos de vigilancia epidemiológica europeos
2. Interpretar el modelo pluralista no regulado (previo a 1945) y el modelo de planificación estatal centralizada (de 1945 a 1955) por mediación de los indicadores biopolíticos de Michel Foucault
3. Comprender los dispositivos de racialización epidemiológica orientados a la protección sanitaria de las fuerzas de trabajo (o ciudadanía pública) en Argentina.

La relevancia de la temática que se aborda está dada, en primer lugar, por la ausencia de una clarificación teórica respecto del vínculo dado entre epidemiología y biopolítica; en segundo lugar, por la ausencia de teorización sobre la función raciológica de la epidemiología como tecnología del biopoder en los modelos de gestión sanitaria de la Argentina moderna.

Por otro lado, se realiza un aporte a la disciplina epidemiológica desde la reflexión filosófica, tal que posibilite abrir campos de significación en torno a la naturaleza de su propio objeto de estudio.

La estructura del escrito responde a los objetivos específicos formulados, de modo que en su organización pueden leerse:

1. Los indicadores biopolíticos establecidos por Michel Foucault y los modelos de gestión sanitaria europeos.

2. La descripción de los modelos de gestión del sistema de salud argentino -a partir de la periodización de Arce (2013)-
3. La interpretación de la función biopolítica de la epidemiología moderna en Argentina, orientada a la protección de las fuerzas de trabajo como estrategia de preservación racial.

Los tres apartados son interdependientes, en orden a esgrimir una hermenéutica de la epidemiología como tecnología raciológica del biopoder en el territorio nacional.

#### 1. INDICADORES BIOPOLÍTICOS EN LA OBRA DE MICHEL FOUCAULT

En el apartado *14. Nacimiento de la Medicina Social* del libro *Estrategias de Poder*, como parte de una conferencia pronunciada en la Universidad del Estado de Río de Janeiro en 1974, Michel Foucault estratifica los elementos que forman parte de las estrategias de control médico, a través de los modelos biopolíticos de gestión epidemiológica presentes en la modernidad europea.

Antes bien, los indicadores con los cuales categorizar la comprensión hermenéutica de la Biopolítica requieren de una definición simple y rigurosa de la nomenclatura que el autor utiliza, con el fin de construir el modelo teórico general desde el cual se hará lectura de la gestión epidemiológica en la Argentina moderna, en el período 1871-1955.

En primer lugar, Foucault entiende que la biopolítica se inicia partir del siglo XVIII, por la modificación de las prácticas gubernamentales que se orientan –por criterios liberales de utilidad y eficacia-, en torno a la re-organización de una función estatal consistente en la mejora del bienestar de la *populi salutem*, abriendo paso a la fundamentación de una política de salud popular practicada por medio de dispositivos de vigilancia y control de los fenómenos de salud; así es que *el inter-vínculo entre biopolítica y epidemiología es co-originario en su función histórica fundada en el panoptismo* (con sus tres elementos constitutivos: vigilancia, control y corrección o disciplinamiento), en cuanto arquitectura del poder característico de un tipo de racionalidad, en principio instrumental (con Max Horkheimer), que calcula –en términos predictivos y probabilísticos-, tasas de morbilidad, mortalidad, natalidad o longevidad, con el objeto de garantizar la salud de la fuerza de trabajo disponible para producir riqueza y competitividad.

El biopoder se refiere, entonces, al ejercicio mismo del poder legítimo del Estado que considera a la vida como el recurso central sobre el cual generar prácticas soberanas, en cuanto la estatización de lo biológico -en concordancia con la emergencia del lenguaje biológico- supone una tendencia a la planificación de la vida a partir de estrategias biopolíticas convergentes en el control y la vigilancia de los procesos biológicos en su conjunto. Así es que la medicina deviene en el dispositivo predilecto para la conformación de un saber que favorece la maximización del biopoder, dado que adquiere una función estratégica de dominancia sobre los cuerpos, en función de las estrategias conducentes a producir fuerzas de trabajo saludables, esto es, aptas psico-físicamente para aumentar la productividad y tornar autosustentable al poder mismo.

Luego, *la vigilancia epidemiológica se configura como una técnica del dispositivo médico al servicio de las prácticas del biopoder y concurrente con el control del cuerpo social*, con origen histórico, según Foucault, en el contexto del capitalismo moderno-industrial: la centralización del Estado soberano, los procesos de urbanización y la necesidad de controlar la morbilidad de las masas obreras, da lugar a la constitución de una anatomopolítica, con asidero en tres modelos biopolíticos: la Medicina de Estado alemana, la Medicina urbana francesa y la Medicina de la fuerza laboral inglesa.

Los indicadores biopolíticos que señala Foucault para la interpretación del ejercicio del biopoder en el control del cuerpo son:

1. La *biohistoria*, a saber, los efectos que la intervención médica produjo en la especie humana.
2. La *medicalización* como una red “cada vez más densa y más extensa, red que cuanto más funciona menos cosas deja fuera de control” (Foucault 1977:364) en correlación con la hospitalización.
3. La *economía de la salud*, en rigor, “la integración del mejoramiento de la salud, los servicios de salud y el consumo de salud en el desarrollo económico de las sociedades más privilegiadas” (Foucault 1977:364).

*Biohistoria, medicalización y economía de la salud* constituyen para Michel Foucault los indicadores o categorías a partir de las cuales comprender la emergencia de la Medicina Social, como dispositivo operativo en función de la biopolítica, en tres escenarios históricos distintos los cuales han configurado modelos de salud que, directa o indirectamente,

colonizaron las prácticas y saberes médicos aplicados en la gestión sanitaria en América Latina y, en especial, en Argentina.

#### 1.1. MODELOS BIOPOLÍTICOS DE GESTIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN LA MODERNIDAD EUROPEA

##### 1.1.1. CENTRALIZACIÓN ESTATAL DEL SISTEMA SANITARIO ALEMÁN

Foucault sitúa el origen de la Medicina del Estado en la Alemania de fines del siglo XVIII, por la sistematización de la función de una *policía médica* aplicada al ejercicio de una vigilancia epidemiológica y seguimiento de estadística vitales, centradas en el cálculo de tasas de nacimiento, mortalidad y morbilidad, las cuales eran requeridas a los médicos en hospitales para la formulación de registros y el control de epidemias o endemias.

Por otro lado, la profesionalización de la práctica y del saber médico había de ser normada/normalizada por el Estado, como administrador general de los servicios de salud: “Tras el primer movimiento de desarrollo de Alemania, en la época del Renacimiento surgió una burguesía limitada, cuyo desarrollo económico se vio bloqueado en el siglo XVII, lo que le impidió encontrar una ocupación y subsistir en el comercio, mediante la manufactura y la industria nacientes. La burguesía buscó entonces apoyo en los soberanos y formó un cuerpo de funcionarios disponibles para la maquinaria estatal que lo propios príncipes tenían que orquestar para modificar las relaciones de fuerza con sus vecinos” (Foucault 1977: 367).

De aquí que –como en la formación del estado nacional argentino-, la condición de posibilidad para la centralización del Estado alemán fue la construcción burocrático-burguesa del sistema político, donde la administración médica funcionaba como un órgano más al servicio del biopoder y que, en el contexto del mercantilismo como modelo económico vigente, apelaba a evaluar ahora la situación sanitaria de la fuerza activa de la población, dando paso al surgimiento en Francia y en Inglaterra a la utilización de herramientas de vigilancia epidemiológica, a comienzos del siglo XVII. Pero, mientras que Francia e Inglaterra sólo construían indicadores de natalidad y mortalidad “En Alemania, por el contrario, se desarrolló una práctica médica efectivamente centrada en el mejoramiento de la salud pública” (Foucault 1977:368).

Así es que la policía médica alemana desplegó un sistema de observación basado en tablas de morbilidad, mortalidad y natalidad, con fuente primaria obtenida a partir de información

provista por médicos en hospitales, o por registros estatales respecto de endemias o epidemias directamente observadas; la normalización de la práctica médica es análoga a la realizada por Francia con la profesionalización docente y la producción de armamento militar. Por otro lado,

En Prusia, al igual que en los otros Estados de Alemania, en el ámbito de ministerio de la administración central, se encomienda la función de reunir la información que los médicos transmitían a una oficina especializada; observar cómo se realizaban las encuestas médicas sobre la población; verificar qué tratamientos se administraban; descubrir cuáles eran las reacciones ante la aparición de una enfermedad epidémica y, por último, expedir órdenes e función de esas informaciones centralizadas. Todo ello suponía, por tanto, la subordinación de la práctica médica a un poder administrativo superior (Foucault 1977:369).

De aquí que el saber médico estatal fuera en sí mismo epidemiológico, fundándose en la normalización de la profesión médica subsumida a un esquema burocrático de praxis biopolítica, consistente en el control y mejoramiento de la salud de las fuerzas de trabajo.

#### 1.1.2. HIGIENISMO URBANO FRANCÉS

Según Foucault, el segundo modelo de medicina social es el representado por efecto de la urbanización, y tiene en Francia la casuística con la cual constatar, hacia finales del siglo XVIII, la unificación del territorio urbano como una forma de higienización social.

En la medida en que la ciudad devenía en el centro de las actividades económico-políticas, el desarrollo urbano co-implicó la reunión de diversos grupos sociales, los que habían de diferenciarse intrínsecamente conforme fuera su ocupación o clase social, generando eventuales conflictos de sublevación contra dichas desigualdades reificadas.

Por otro lado, la vida en la urbe constituía una amenaza por la emergencia de talleres o fábricas, situaciones de hacinamiento o ausencia de un plan de edificación arquitectónico, así como contagios por razón de problemas cloacales o presencia de cementerios, que catalizaban la posibilidad de la peste.

Al suceder la epidemia o endemia, se aplicaba un *plan de emergencia* –extendido en toda Europa-, que consistía en la permanencia de las personas en sus casas a los fines de ser localizadas por un jefe de distrito que constataba –a partir de un mecanismo de vigilancia que controlaba el espacio urbano-, la situación de cada grupo familiar: “Los inspectores debían

pasar revista diariamente a todas las casas de la ciudad. En todas las calles por donde pasaban pedían a cada habitante que se asomara a una determinada ventana, a fin de verificar si seguía viviendo, y anotarlo a continuación en el registro. El hecho de que una persona no apareciera en la ventana significaba que estaba enferma, que había contraído la peste, y por lo tanto que había que recogerla para trasladarla a una enfermería especial fuera de la ciudad. Se operaba, por tanto, una revisión exhaustiva de los vivos y de los muertos” (Foucault 1977:374).

A diferencia de la Edad Media, donde el enfermo era expulsado del espacio público, la modernidad concentraba a los individuos en estado mórbido en un mismo espacio, con el fin de centralizar el sistema de vigilancia en un medio urbano compartimentado y controlado a través de estudios epidemiológicos que inducían a la medicalización o a la hospitalización.

La medicina urbana se focalizó en prevenir las amenazas que caracterizaban la nueva vivencia moderna en espacios en los que el peligro radicaba en la formación de conglomerados demográficamente saturados y susceptibles de favorecer una propagación exponencial de la peste. De aquí que la planificación urbana requiriera de un control de la circulación de los individuos, así como del agua y del aire: “Una vieja creencia del siglo XVIII era que el aire influía directamente sobre el organismo, porque transportaba miasmas o porque su excesiva frialdad, calor, sequedad o humedad transmitían al organismo, y por último, porque el aire ejercía, por acción mecánica, una presión directa sobre el cuerpo. El aire era considerado uno de los grandes factores patógenos” (Foucault 1977:376).

Las políticas de higiene social contribuían a fomentar una medicina urbana centrada en los procesos medioambientales que habían de constituirse en eventuales amenazas a la salubridad que “no significaba lo mismo que salud, sino que se refería al estado del medio ambiente y a sus elementos constitutivos que permitían mejorar la salud” (Foucault 1977:379).

Las condiciones materiales del medio eran consideradas mono-causa del estado de salud individual y colectiva, en tanto la higiene pública se establecía como una técnica de control y modificación del medio, con fundamento en la información epidemiológica recolectada.

### 1.1.3. MEDICINA SOCIAL EN GRAN BRETAÑA

Con motivo de la epidemia de cólera de 1832 se hace presente la Medicina de la fuerza laboral, por la cual la ciudad es sectorizada de acuerdo a las distintas clases sociales, en cuanto



el pobre comienza a ser concebido como una amenaza: “Para Foucault el modelo de Medicina inglés es la expresión del control de la enfermedad y del cuerpo de las clases más necesitadas con el propósito de mantenerlas sanas, aptas para el trabajo y menos peligrosas para la burguesía” (Cabrera Díaz 2016:20).

El pobre como peligro médico es sucedáneo al desarrollo industrial inglés y tiene como consecuencia la formulación de la “ley de pobres”, que transforma a la medicina inglesa en medicina social, por las disposiciones de control sanitario y asistencia al que los sectores vulnerables son obligados a someterse, esto es, una medicalización coercitiva que garantizaba la protección de las clases burguesas, por la disminución de la probabilidad de ser víctimas de fenómenos epidémicos.

La organización estatal del *Health Service* preveía entonces: control de inmunizaciones, conformación de un registro de epidemias y localización de lugares insalubres: “Mientras que la ley de pobres implicaba el servicio médico destinado a los pobres propiamente dichos, el *Health Service* se caracterizaba por la protección de toda la población sin distinción” (Foucault 1977:382).

La medicina social inglesa se diferencia respecto de la centralización sanitaria estatal alemana y del higienismo urbano francés, en el hecho evidente por el que la praxis biopolítica emplea la tecnología epidemiológica como fundamento de las prácticas de racialización del biopoder, en orden a controlar el cuerpo social por la necesidad de protección de la hegemonía político-económica, como también del control del cuerpo de las clases pobres a fin de cualificarlas para la producción industrial.

## 2. MODELOS BIOPOLÍTICOS DE GESTIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN LA MODERNIDAD ARGENTINA

### 2.1. HIGIENISMO EN BUENOS AIRES Y CENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

En *Evolución histórica del Sistema de Salud argentino a lo largo del Siglo XX*, Hugo Eduardo Arce estratifica los modelos sanitarios nacionales de acuerdo a la siguiente articulación cronológica:

Previo a 1945 - Modelo pluralista no regulado

De 1945 a 1955 - Modelo de planificación estatal centralizada

De 1955 a 1989/90: – 1955 a 1970 – 1970 a 1977 – 1977 a 1989/90 - Modelo pluralista de regulación descentralizada:

- Etapa de formación
- Etapa de institucionalización
- Etapa de crisis distributiva

Posterior a 1990: – 1990 a 2001 – posterior a 2002 - Modelo pluralista de competencia regulada:

- Etapa de formación
- Etapa de institucionalización (Arce 2013:28)

De esta manera, el modelo pluralista no regulado se caracteriza, en términos de Foucault, por la orientación del biopoder en el control y vigilancia epidemiológica de la salubridad pública: “Se limitaba a una visión higienista, destinada a vigilar las condiciones del medioambiente urbano y a circunscribir la diseminación de las epidemias. El recurso principal era el aislamiento en casas especialmente destinadas a ese efecto o en hospitales pabellonados” (Arce 2013:26). La disciplina epidemiológica practicada desde la segunda mitad del siglo XIX en Argentina se subsume a un modelo higienista urbano análogo al francés.

Entre los higienistas más relevantes de la época, es preciso señalar a Guillermo Rawson, quien escribiera *Conferencias sobre higiene pública*; entre los pasajes de la obra de Rawson es posible advertir la influencia sistemática de los modelos de higiene parisino e inglés. Asimismo, es manifiesta la función de vigilancia epidemiológica al servicio de un modelo de higiene urbana. Por ejemplo: “En Buenos Aires, en que el barrido de las calles se ha hecho siempre mal, la mortalidad de los últimos tiempos, contando las 17.000 víctimas de la fiebre amarilla y las del cólera, ha sido de 1 por 29, bajando en la actualidad á 1 por 38; cifra que no es exorbitante, pero que no alcanza á la de Londres, en donde la proporción es de 1 por 41” (Rawson 1876).

En 1876, luego de la peste de fiebre amarilla que despertara el alerta epidemiológico como función indispensable para la protección social, Rawson presente en el Congreso Internacional de Medicina de Filadelfia *Estadística vital de Buenos Aires* donde revela las tasas de natalidad y mortalidad, la incidencia de la morbilidad en los decesos producidos y la necesidad de un programa de inmunizaciones.

Por su parte, Emilio Ramón Coni fue en sí un salubrista cuya obra, *Código de Higiene*, fue utilizada por los estudiantes universitarios de Medicina Legal. Coni suponía que el Estado debía participar en la designación de las autoridades técnicas de las instituciones sanitarias

públicas, más no había de aplicarse por ello un panestatismo análogo al modelo de centralización médica alemán. En una carta Coni escribe:

La organización que he proyectado dista mucho de la del Comité Consultatif d'Hygiène publique y Bureau d'Hygiène de Francia; no es la del Local Government Board, ni la del Local Board of Health, de Inglaterra; no es la de las comisiones médicas de Bélgica y Bureau d'Hygiène, de Bruselas; no es la de la oficina sanitaria imperial alemana; no es la del consejo superior de sanidad de Austria, y finalmente, no es tampoco la del Consiglio Superiore di Sanità y oficinas de higiene de Italia (...) Puedo afirmar que en nuestra capital no es posible implantar de una sola pieza los servicios sanitarios e higiénicos que hemos mencionado más arriba, sino limitarnos a tomar de cada uno lo que sea aplicable a nuestras costumbres y a nuestra constitución política (...) Las epidemias de cólera y de fiebre amarilla que nos recuerda nuestra historia están ahí para demostrar que es uno de los grandes deberes del Departamento Nacional de Higiene evitar la importación al país de tan terribles enfermedades exóticas (Coni 1982:18)

Coni entendía que el poder público tenía la obligación de garantizar la protección de la salud colectiva, en conformidad con las acciones orientadas al aislamiento de enfermos contagiosos. En este sentido, es posible verificar que las políticas sanitarias ejercidas por el biopoder en orden a controlar el cuerpo social se caracterizaban por la confluencia ideológica del sistema higiénico francés y por las estrategias de purificación propias del cristianismo medieval, consistente en la purificación del enfermo a través del confinamiento o expulsión en instituciones hospitalarias, esto es, de una exclusión inclusiva en espacios compartimentados que facilitarían la vigilancia de la peste: “El objetivo programático principal de los hospitales de la 1ª generación era el aislamiento. Aislamiento de los pacientes entre sí, según su patología, y aislamiento de los pacientes del resto de la sociedad. Quizá también persistía como remanente cultural en la población, un concepto subyacente en la interpretación medieval de algunas enfermedades, especialmente las psiquiátricas: el de posesión demoníaca” (Arce 2013:38).

Por su parte, es claro que el modelo que formula Coni supone un higienismo urbano situado de acuerdo a las condiciones materiales y simbólicas presentes en la Ciudad de Buenos Aires: el concepto de salud promovido consistía en el auto-cuidado por efecto de la responsabilidad individual y la atención por parte de entidades caritativas o por la asistencia pública de aquellos que carecían de medios: “Las intervenciones del Estado se limitaban a cuidar la higiene pública, actuar en las epidemias, vigilar la sanidad de las fronteras y atender las situaciones de emergencia. Para esto contaban con hospitales especializados en los distintos

problemas epidemiológicos prevalentes -tuberculosis, lepra, venéreas, enfermedades infecciosas en general- y con establecimientos psiquiátricos, así como las dependencias urbanas de la Asistencia Pública, destinadas a la atención de las urgencias” (Arce 2013:29).

Ello es coherente con la categorización que formula Arce en su periodización de modelos sanitarios en Argentina, en que el paradigma previo a 1945 se apoya en la pluralidad de sistemas no regulados, esto es, en la co-existencia de un esquema de mutuales sanitarias, servicios privados y en la función preventiva de un Estado ordenado a la higienización social. De aquí que la vigilancia epidemiológica se viera reducida a un modelo de higienismo urbano *situado* de acuerdo a las necesidades biopolíticas de excluir a los enfermos, incluyéndolos no obstante en un sistema de hospitalización (medicalizados) que los purificaba en un espacio panóptico compartimentado y ubicado por fuera del cuerpo social sano.

Por último, la epidemia de fiebre amarilla fue cismática en las acciones de salud colectiva orientadas a la activación de la vigilancia epidemiológica en Buenos Aires, que evidencia la comprensión del higienismo como una estrategia del biopoder centrada en la preservación de la fuerza laboral:

Aplicando este cálculo á la epidemia que desgraciadamente se ha cebado en la ciudad de Buenos Aires, hallaríamos que, juntamente con las 17.000 víctimas, hemos sufrido lo que ellas representaban, es decir, la pérdida de 17.000.000 de pesos fuertes.

Si de estos millones perdidos, hubiésemos destinado tan solo diez, en procurarnos una buena higiene, indudablemente no tendríamos que lamentar tantas víctimas, y tendríamos además 7.000.000 de pesos fuertes de embolso.

Debe gastarse la suma necesaria, por grande y asombrosa que ella sea, porque de esto depende no solamente la satisfacción de mayor número de víctimas á la muerte, sino también la ganancia por ausencia de pérdida que supone la salvación de los individuos en beneficio del trabajo y de la riqueza (Rawson 1876)

La epidemiología reducida al modelo de higienismo urbano contextualizado en Buenos Aires respondía, no obstante, a la función raciológica de vigilar, controlar y disciplinar (por mecanismos de exclusión incluyente) el cuerpo social de las fuerzas productivas, en un sistema sanitario diverso que compartía, por analogía, el mecanismo de purificación expulsiva medieval-cristiano (por confinamiento en hospitales de caridad), una centralización estatal mínima en los procesos de normalización en la designación de funcionarios médicos

profesionales (por la acción innovadora de Coni) y, por último, un dispositivo de vigilancia epidemiológica fundado en la promoción de la higiene pública.

## 2.2. LA MEDICINA SOCIAL DE RAMÓN CARRILLO

La trayectoria histórica que supone la transición desde el modelo pluralista no regulado (previo a 1945) al modelo de planificación estatal centralizado (de 1945 a 1955), supone incluir la emergencia de un nuevo sector social, en rigor, las masas sociales inmigrantes constituidas como fuerza de trabajo en las áreas urbanas y rurales y que, a principios de siglo, habían obtenido representación política a través del radicalismo: “Los numerosos grupos de extranjeros organizaron y consolidaron la solidaridad espontánea de la común nacionalidad de origen, frente a las eventualidades que podrían impedirles afrontar la atención de la enfermedad y precipitarlos en la miseria: se originaron así los hospitales de comunidades y las mutualidades” (Veronelli 2004:31).

La desregulación estatal y persistencia de un esquema plural con base en sistemas de beneficencia y solidaridad social habían caracterizado el modelo higienista vigente desde la segunda mitad del siglo XIX. Pero, las innumerables transformaciones sociales y la industrialización de la urbe requerían de un cambio substancial en el modelo de gestión sanitaria.

Si Coni había desdoblado la salud colectiva de la asistencial, la centralización de la gestión sanitaria requería de una planificación con fundamento en las acciones del estado, en orden a garantizar el “derecho a la salud” que, gradualmente, se incorporaba en la mayor parte de las constituciones de los países administrados de acuerdo a los postulados del *Welfare State*.

La figura de Ramón Carrillo es esencial para comprender el nuevo modelo de salud inminente en el país, conforme sus siguientes ideas –en Veronelli-:

La cibernología se propone el conocimiento integral del hombre a los fines de la organización científica del gobierno. Esta disciplina, que puede ser una ciencia, o un arte, o una técnica, trata de sistematizar todos aquellos conocimientos que provienen de las ciencias que estudian al hombre y que pueden ser útiles para el control, la organización, la orientación y el aprovechamiento del material humano de un país. Por eso, una de sus ramas más importantes es la biopolítica que a su vez se subdivide en otras, como la política sanitaria y la política demológica. (Veronelli 2004:494).

Ramón Carrillo sitúa la política sanitaria y la demología (entre la que habría de comprenderse la función epidemiológica, entre otras), como disciplinas reducidas a la biopolítica, ésta misma entendida a partir de la cibernología como ciencia integral del hombre aplicada al control y aprovechamiento del material humano disponible para la nación.

Luego, la centralización del sistema de salud co-implicaba una política “cibernológica”, esto es, biopolítica, orientada por la observancia cuanti-cualitativa de la población, con el fin de aprovechar la fuerza de trabajo.

Con Foucault, el modelo de planificación estatal centralizado argentino respondería, por analogía, al esquema de centralización alemán y al sistema de protección sanitaria de la medicina social inglesa de fines del siglo XIX; este conjunto de transformaciones había de corresponderse con un contexto de posguerra en el que “La creación de la OMS en el marco de la ONU en 1948, posibilitó que el enfoque sanitario adquiriera una denominación identificatoria y un cuerpo conceptual: salud pública, es decir, una disciplina de abordaje de lo social o colectivo, como visión superadora del enfoque clínico o individual” (Arce 2013:51).

La medicina social de Carrillo fue correlativa a un proceso de redistribución de la riqueza acumulada durante la década anterior, en beneficio de los sectores sociales más postergados; así es que la industrialización dio lugar al surgimiento de masas obreras que, en términos de representación, apelaban a la conquista de derechos sociales, entre los que la salud era primaria.

Pero, es preciso subvertir los términos del razonamiento de Michel Foucault en el caso de la política sanitaria de Ramón Carrillo, pues si para el filósofo francés la medicina moderna, situada en el contexto de originación del capitalismo, constituyó un dispositivo al servicio del biopoder cuyo fin consistía en establecer un sistema de vigilancia y control del cuerpo del obrero –en el marco de la Revolución Industrial, tanto el higienismo como la medicina asistencial contribuían a asegurar una fuerza laboral sana, la cual era comprendida como una amenaza biológica para la burguesía de la urbe. El peronismo anti-conservador y anti-aristocrático concibió, por contraste, que el aseguramiento sanitario del obrero independientemente de la suerte del llamado anti-pueblo.

En el mensaje de Perón al Congreso, el 26 de junio, éste afirmaba la necesidad de “semisocializar” la medicina, entendiendo por ello el establecimiento de un sistema análogo al servicio de salud británico. En este sentido, Carrillo dividía los campos de acción sanitaria en:

1. *Medicina asistencial*, aplicada a la reparación biológica del individuo como fuerza de producción, incluyendo la atención gratuita
2. La *Medicina Sanitaria o Profiláctica* que considera las condiciones del medio ambiente biofísico como factor de riesgo de enfermedades, a los fines de acabar con la tuberculosis, lepra, brucelosis y con la sífilis; reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles erradicando enfermedades endémicas; diseñar mapas epidemiológicos e inmunizar a la población; ejercer un control médico de la inmigración en los puertos europeos de embarque y reforzar la sanidad de las fronteras y “realizar el Censo Nacional de Higiene Pública, los censos de ciudades para caracterizar localmente los problemas de la medicina sanitaria; zonificación de ciudades y saneamiento rural; organización y coordinación de la lucha contra las enfermedades comunes al hombre y a los animales” (Veronelli 2004:500)
3. *Medicina social o preventiva*, orientada a considerar los factores indirectos (económico-sociales) que inciden en la salubridad.

El sistema de salud en el período que ocupa al primer peronismo reunió, específicamente, los tres modelos biopolíticos europeos descriptos por Foucault, en rigor: la centralización normalizadora prusiana, el higienismo urbano francés y la medicina laboral inglesa.

Empero, el obrero no era comprendido como una amenaza biológica para la supervivencia de la burguesía. Pues, por el contrario, la salubridad de las fuerzas de trabajo constituía el eje vertebrador para aumentar la producción del pueblo, enfrentado al anti-pueblo como amenaza contra la esencia de lo argentino.

Tal inversión obedece a la naturaleza misma del peronismo, que, apoyándose en el movimiento trabajador, había de subvertir la lógica decimonónica que caracterizó a la biopolítica argentina de mitad del siglo XIX: si el higienismo de Rawson y Coni velaba por la preservación de las fuerzas de trabajo, en el contexto de la guerra que el biopoder desplegaba en contra de los bárbaros (indios, negros y gauchos), en cuanto amenaza biológica para la civilidad-, el peronismo se afincó en la preservación de la salubridad del pueblo –reducido al

trabajador (urbano y rural)-, para así enfrentar al anti-pueblo, entre el que había de señalarse a las fuerzas de la burguesía nacional e internacional que amenazaban la soberanía nacional.

De aquí que, mientras la epidemiología decimonónica se establecía sobre las categorías de raza, clase y edad, a fin de contabilizar las tasas de natalidad, mortalidad y morbilidad, la epidemiología en la época de la centralización peronista del sistema de salud privilegiaba la sectorización laboral y procedencia geográfica del individuo, situado en un determinado colectivo, con el fin de establecer los mecanismos de atención, prevención y protección social.

### 3. RACIALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA E INDICADORES BIOPOLÍTICOS

#### 3.1. VALOR PÚBLICO DEL CIUDADANO BIOLÓGICO

Rose (2012) describe la modalidad de participación pública de las tecnociencias en el progreso y democratización, a partir de mecanismos que contribuyen a una racialización poblacional más precisa. En este sentido, el pensamiento racial de los siglos XVIII y XIX se distingue respecto del racismo genómico del siglo XX y XXI, en que el primero asociaba la noción de raza a una dimensión de estrato.

El vínculo de la epidemiología con las bases raciológicas del biopoder, se advierten por la formación de objetos de saber y de control, a partir de:

1. El cálculo estadístico de tasas de natalidad y mortalidad, reproducción y fecundidad “Todo esto representó el esbozo de una política de crecimiento demográfico” (Foucault 2014:196), evidente v .gr., en el censo argentino de 1869 (Censo 1869:716).
2. La epidemiología ocupada en el cálculo de la morbilidad (endemias y epidemias): “Estas [las enfermedades], empero, no son consideradas, como es el caso de las epidemias, como las causas más frecuentes de decesos, sino más bien como factores permanentes (y así son tratadas) de reducción de fuerzas, de energías, de disminución de tiempos de trabajo” (Foucault 2014:197).
3. La protección social a través de mecanismos de prevención y aseguramiento, por efecto de la industrialización que producía eventuales accidentes, infortunios o enfermedades laborales.



4. Por último, la biopolítica según Foucault opera tomando en consideración la relación entre humanos y ambiente: “Se suscitará el problema del ambiente mismo, no como ambiente natural, sino como ambiente creado por ella. Se trata, en una palabra, del problema de la ciudad” (Foucault 2014:198).

Dicha estratificación es coherente con el objeto de estudio de la epidemiología moderna misma, en tanto ciencia que indaga:

La dimensión colectiva de la distribución y de los determinantes de la enfermedad y la salud (...) Desde que se establecieron las coordenadas básicas de la Epidemiología, de tiempo, lugar y persona (y aún antes desde el tratado *Aires, aguas y lugares* de Hipócrates), la espacialidad se grabó a fuego en el contexto epidemiológico y sanitario y fue inseparable de él. La premisa epidemiológica fundamental es que las poblaciones y sus condiciones de vida, salud y enfermedad no ocurren azarosa y caóticamente sino que siguen pautas geográficas, socioeconómicas y culturales bien definidas, como ha sido descrito por multiplicidad de autores, desde los trabajos pioneros de Blum, Dever y otros (Lemus et al. 2014:6)

La epidemiología -tanto como estadística sanitaria centrada en las miasmas y en la demostración de clústers de mortalidad/morbilidad, como epidemiología de las enfermedades infecciosas-, se presenta, en este sentido, como una tecnología biopolítica al servicio del saber-control que el biopoder emplea con el fin de racializar las fuerzas de trabajo y optimizar el estado de vida (*hacer vivir, dejar morir*): el individuo-cuerpo y el cuerpo social constituyen su objeto de estudio, el cual se halla en relación con el medio. La tecnología centrada en la vida “busca controlar, y modificar las probabilidades y de compensar sus efecto. Por medio del equilibrio global, esa tecnología apunta a algo así como una homeostasis, la seguridad del conjunto en relación con sus peligros internos” (Foucault 2014:201).

La bio-regulación de los procesos biológicos a manos del estado, había de diferenciarse del disciplinamiento del cuerpo individual en las instituciones, siendo operativa por medio del discurso médico como práctica aplicada a la vigilancia y control epidemiológico de la población, surgida esta última en cuanto tal a partir de la explosión demográfica moderna y de la industrialización.

Luego, la regulación homeostática de la población suponía atacar y prevenirse respecto de aquello que constituyera una amenaza biológica contra la supervivencia de la propia raza:

El biopoder adquirió el compromiso de velar, ante todo, por la vida de los ciudadanos. Incluso el ejercicio mismo de definir la condición de ciudadanía o la exclusión de ella se hizo crecientemente con base en juicios derivados de las nociones biológicas del cuerpo. Es ilustrativa no solamente la argumentación sobre la constitución biológica de las mujeres sino también la que se ocupa de excluir de la ciudadanía a indígenas, negros, pobres o mestizos. En todos los casos, estos sujetos de crisis (...) fueron identificados con cuerpos en los que la naturaleza colapsa y que inspiraron a los letrados para erigir metáforas de amenaza nacional, como ocurre en el naturalismo, el criollismo o el modernismo en las letras (...) y, en general en el debate eugenésico latinoamericano (Pedraza Gómez 2014:15)

Pedraza entiende, asimismo, que el ejercicio del biopoder en Latinoamérica concibió la amenaza biológica del cuerpo de negros, mestizos o indígenas, ante los cuales debía practicarse un dispositivo de exclusión (aislamiento sanitario) o higienización, en atención al riesgo de colapso probable hacia un estado de naturaleza salvaje circundante a la urbe. Por tanto, la civilidad productiva que representaba la fuerza de trabajo era aquella susceptible de ser subsumida a la bio-regulación estatal que velaba por su salubridad y la protegía de la amenaza contra-racial del bárbaro.

De aquí que la epidemiología como tecnología del biopoder se restringiera, en el siglo XIX, a la vigilancia y control de una raza específica, a saber, el sector que respondía a la civilidad, frente a la amenaza biológica que suponían para la preservación de las fuerzas de trabajo indios, negros y gauchos.

Por el contrario, el modelo centralizado de planificación sanitaria de Ramón Carrillo, comprendido en los términos de una cibernetología, revirtió el sitio de los marginados en el proceso de distribución de la riqueza, en orden a practicar una biopolítica orientada a la regulación de las fuerzas de trabajo que no concebía ya al obrero como amenaza biológico-sanitaria para la burguesía, más suponía que la salud colectiva garantizaba una mayor producción nacional y un acrecentamiento de la soberanía, frente al contra-pueblo.

La epidemiología subsumida a un modelo higienista-civilizado-urbano, tanto como la epidemiología reducida al modelo de medicina social centralizada del peronismo, cumplimentó el servicio de vigilar la salud poblacional con el fin de sistematizar la bio-regulación homeostática de las fuerzas laborales, en beneficio de la producción o burguesa (siglo XIX) o estatal (siglo XX).

La racialización epidemiológica como tecnología biopolítica se entiende, entonces, en los términos que explicita Michel Foucault: “La otra raza no es la que llegó de afuera, no es la que por determinado tiempo ha triunfado y dominado, sino aquella que en forma permanente, incesante, se infiltra en el cuerpo social (o mejor dicho, se reproduce ininterrumpidamente dentro y a partir del tejido social). En otras palabras: lo que en la sociedad se nos aparece como polaridad, como fractura binaria, no sería tanto el enfrentamiento de dos razas extrañas una a la otra, como el desdoblamiento de una sola y misma raza en una súper-raza y una sub-raza” (Foucault 2014:56).

El valor público del ciudadano (partícipe pleno de la raza), desde el siglo XIX –y atravesando los dos modelos biopolíticos descritos-, está dado por su biología y, en sentido estricto, por el estado de sanidad con capacidad de producir propio de la fuerza de trabajo, en su relación con el medio.

#### 4. CONCLUSIONES

La epidemiología biopolítica moderna es raciológica dado que indaga la dimensión colectiva de la distribución y de los determinantes de la enfermedad y la salud que enfrentan a la civilidad o al pueblo a una amenaza biológica (contra-racial o anti-popular), que pudiera eventualmente disminuir la potencia laboral disponible para la producción de riqueza, siendo los casos explícitos de la política sanitaria llevada a cabo por Rawson-Coni y Carrillo.

La amenaza biológica no se reduce al ámbito patogénico, pues, supone el entendimiento de los paradigmas epidemiológicos a partir de los cuales el lenguaje biopolítico se estructuró y efectuó sus prácticas de inclusión, exclusión o expulsión: el miasma o el germen se transformaron en amenazas biológicas contra la supervivencia de la raza, de tal un sector social específico podía ser considerado en su carácter de infeccioso para con el organismo social.

La biopolítica es ininteligible sin la epidemiología, más la epidemiología sin biopolítica carece de sentido: “Si bien Greenwood, ya en la década del 30, aceptaba que la Epidemiología aborda los aspectos de masa, de grupo, es decir, el colectivo, no es sino en el último decenio cuando se acepta que fundamentalmente se ocupa de la dimensión colectiva de los fenómenos de salud-enfermedad” (Lemus et al. 2014:15). De aquí que ambas disciplinas compartan un mismo objeto de estudio, en rigor, la población. Pero, mientras la epidemiología construye

modelos sociales de salud-enfermedad, la biopolítica utiliza dichos modelos en orden a ejercer sus prácticas de bio-regulación. La precedencia de una u otra disciplina no es un asunto que requiera de discusión, en cuanto es supuesto que los procesos históricos no son lineales.

En Argentina, el sincretismo de los modelos de gestión sanitaria obedeció a un mestizaje que *a priori* devino en un esquema plural no regulado. Empero, el advenimiento de la estadística sanitaria no sólo fue clave a fin de contribuir a una centralización planificadora con Ramón Carrillo, sino también como dispositivo al servicio del biopoder que favoreció una identificación más precisa de las amenazas biológicas y sociales contra la constitución identitaria de lo argentino y la extensión de las tareas productivas.

Los indicadores biopolíticos deducidos a partir de la teoría de Michel Foucault son susceptibles de ser utilizados para la interpretación del vínculo epidemio-biopolítico en el proceso de construcción del sistema sanitario argentino; en rigor:

1. La *biohistoria* como fenómeno en el que la intervención médica modifica a la especie humana es evidente en los casos en los que a. El higienismo urbano francés situado en Buenos Aires –con la transformación de la infraestructura de la ciudad y la promoción de una mayor esperanza de vida-, favorece también la centralización del país por la migración rural-urbana acontecida.
2. La *medicalización* como una red extensiva con la hospitalización, permitió la construcción de un Discurso Biomédico Hegemónico (DBH) con derivas en la actualidad.
3. La *economía de la salud*, en rigor, “la integración del mejoramiento de la salud, los servicios de salud y el consumo de salud en el desarrollo económico de las sociedades más privilegiadas” (Foucault 1977:364), constituyó uno de los debates que, a lo largo de un siglo en el proceso de consolidación nacional, determinó la gratuidad de la salud pública en el país.

En *Crítica de la Razón Pura*, Kant sostiene, en una célebre frase que “Pensamientos sin contenidos son vacíos; las intuiciones sin conceptos son ciegas”; en forma análoga, habría de afirmar que la biopolítica sin epidemiología es vacía; la epidemiología sin biopolítica es ciega.

Así, los indicadores biopolíticos posibilitan interpretar la función socio-histórica de la epidemiología; ésta última, por su parte, es la que ofrece a la gestión sanitaria –conforme sea el modelo epocal vigente-, un mapa del estado de vida colectivo con el fin de identificar las amenazas socio-biológicas y las acciones adecuadas para cada caso.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Arce, H. *Evolución histórica del Sistema de Salud argentina a lo largo del siglo XX*. Carrera de Doctorado en Ciencias de la Salud Instituto Universitario de Ciencias de la Salud IUCS - Fundación H. A. Barceló Buenos Aires, 2013.
- CONI, E. R. Administración Sanitaria y Asistencia Pública. *Anales de Higiene Pública y Medicina Legal*. Año I, N° 1, Marzo de 1892, Buenos Aires, p. 18/19.
- Cabrera Díaz, E. La medicina moderna como dispositivo al servicio del biopoder u la biopolítica. Departamento de Medicina Social y Preventiva, Facultad de Salud,
- Foucault, M (1974) Crisis de la Medicina o crisis de la antiMedicina? En: Obras esenciales. Vol. II: Estrategias de poder. Barcelona: Paidós.1974.
- Foucault, M (2000) Ditssetécrits. Vol. III. *Éditions Gallimard*, Paris, 1994.
- Foucault, M (2000) *Defender la sociedad: curso en el Collège de France (1975-1976)* Fondo de cultura económica de Argentina S.A., Buenos Aires.
- Foucault, M. Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, Vol. 11, No. 1.1977.
- Foucault, M (1976) *La política de la salud en el siglo XVIII*. En: Obras esenciales. Vol. II: Estrategias de poder. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M (1979) *Nacimiento de la Biopolítica*. En: Obras esenciales. Vol. III: Estética, ética y hermenéutica. Barcelona: Paidós.1979.
- Foucault, F (1974) *Nacimiento de la Medicina social*. En: Obras esenciales. Vol. IV: Estrategias de poder. Barcelona: Paidós.

- Fuster S. N. La ciudad medicalizada. Michel Foucault y la administración de la población en Europa durante los siglos XVIII y XIX. *Contextos*, No. 28. 2012.
- Lemus, et al. (2014) *Curso de Posgrado en Epidemiología*. Buenos Aires, Universidad CAECE
- Pedraza Gómez, Z. El régimen biopolítico en América Latina. *Iberoamericana*, IV, 15 (2004), 7-19
- Rawson, G (1876) *Conferencias sobre Higiene Pública*. París, Donnanette & Hattu
- Rose, N (2012) *Políticas de la vida*. La Plata, UNIPE.
- Veronelli Correch, M (2004) *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina* (Tomo 1 y 2). Buenos Aires, OPS