

Sheldon Watts

Epidemias y poder

Historia, enfermedad, imperialismo



EDITORIAL ANDRES BELLO

Cólera y civilización: Gran Bretaña y la India, 1817-1920

La mayor parte del mundo no tiene, en rigor, historia, porque el despotismo de la costumbre es total. Así sucede en todo el Oriente.

John Stuart Mill, *Sobre la libertad*, 1859

Introducción

El cólera surgió en forma epidémica en la India en 1817, y después de un falso arranque llegó a Gran Bretaña en 1831. Coincidiendo con estos sucesos, la empresa comercial privada conocida como Compañía de las Indias Orientales (que había conquistado Bengala en 1757) realizó nuevas maniobras diplomáticas y militares para someter a las restantes provincias del subcontinente. En esto tuvo un éxito inusitado. Así se produjo una situación donde una elite gobernante con sede en Londres y los condados ingleses estaba al mando de dos sociedades muy diferentes hostigadas por el cólera.

Durante el siglo diecinueve, Gran Bretaña perdió unos 130 mil residentes ante cinco epidemias de cólera, cada una de las cuales, después de 1848, reclamó menos vidas. Durante el mismo siglo y el primer cuarto del siguiente, India perdió más de 25 millones de personas a causa de la misma enfermedad. Más notable aún, mientras las tasas de mortalidad descendían paulatinamente en Inglaterra, en la India decimonónica su aumento era apabullante. En 1900, el año más desastroso sobre el cual existen estadísticas, el cólera reclamó la vida de más de 800 mil personas, 163.889 tan sólo en la provincia de Bombay.¹ Estas cifras contrastantes —relativamente bajas en Gran Bretaña, enormes en la India— pueden atribuirse en parte a los accidentes del azar. Pero el papel de la

intervención humana no se puede pasar por alto. En realidad, a mi entender, es decisivo.²

Como es de conocimiento común, el bacteriólogo prusiano Robert Koch completó sus investigaciones sobre la naturaleza del agente causal bacteriano del cólera (un bacilo con forma de coma) en tanques de agua de Calcuta en 1884. Con el descubrimiento del papel desempeñado por el intestino humano en el ciclo vital del *Vibrio cholerae*, y la confirmación de la importancia vital del agua en la transmisión del cólera mediante excrementos contagiosos, teóricamente estaba allanado el camino para la contención y el control del flagelo. A nivel micro, sólo se necesitaba aislar a los pacientes afectados y la materia fecal, el vómito, la orina o el sudor que expulsaran. Estas tareas podían ser realizadas por asistentes analfabetos bajo la supervisión general de autoridades médicas competentes, siempre que existiera confianza mutua. Lamentablemente, como veremos, en la India británica, hasta más allá de la tercera década del siglo veinte, no existía ninguno de los requisitos necesarios para la contención del cólera, ni en el personal médico ni en las actitudes mentales.

Escribiendo en 1994 sobre el papel de la ideología en la constitución del Raj, Thomas Metcalf afirmó que "Como pueblo [...] los británicos siempre han eludido las teorías ampulosas para favorecer las que derivaban de la observación empírica, y a partir de John Locke han destacado el valor de los modos experimentales de comprensión". Este reconocimiento no era novedoso. En 1889, una década antes de la peor crisis de cólera de la India, un perspicaz extranjero que residía en Inglaterra y se había educado en Inglaterra lamentaba "nuestra monstruosa adoración de los hechos".³

Durante la época del cólera, la idolatría de los hechos fue tenazmente mantenida por los políticos y títeres de los caballeros capitalistas de Londres, que estaban directamente implicados en el desarrollo de la India. Para nuestro enfoque debemos señalar que los idólatras también incluían a muchos —quizá la mayoría— funcionarios altos del IMS (Indian Medical Service). Durante las crisis relacionadas con el cólera, su invariable respuesta se basaba en "hechos" y "verdades científicas" que a mi modo de ver se adecuaban más a los requerimientos del desarrollo que al control humano de la enfermedad.⁴

Admitiéndose o no, el Desarrollo estaba destinado a llevar a Londres un flujo ininterrumpido de ganancias sobre sus inversio-

nes de capital. Las sustanciales inversiones de los capitalistas en irrigación, ferrocarriles y puertos —e, igualmente decisivo, la casi ausencia de inversiones en salud pública— afectaban profundamente la capacidad del cólera para matar a millones.⁵

Escribiendo hace una generación, Charles Rosenberg sugería que el cólera era una "herramienta de análisis social y económico" de la Europa decimonónica. Más recientemente, Bill Luckin ha escrito acerca de la necesidad de una contextualización rigurosa para establecer el "pasado epidemiológico" de las crisis epidémicas. También es pertinente la novela escrita por un ex funcionario colonial británico en Asia, George Orwell. En 1984, Orwell señala atinadamente que quien controla el presente controla la escritura de la historia pasada, y que ese pasado "histórico" reconstruido legítima a los que hoy tienen el poder.⁶

En este capítulo me propongo tratar el cólera como un fenómeno en sí mismo y despejar las acreciones culturales que ha adquirido desde 1817. Tras echar un breve vistazo a las características de esta enfermedad, examinaré sus primeros años en la India y luego pasaré a Inglaterra.

Dentro del cambiante contexto de esa sociedad isleña, comentaré algunas de las respuestas seculares que el cólera provocó durante el período —finalizado en 1855— en que fue visto como una amenaza inequívoca. Entre estas respuestas estaba incluida la famosa teoría de la transmisión por agua, a la que John Snow llegó en sus famosas demostraciones en la bomba de Broad Street.

En 1849, Snow, un anestesista nacido en York que había trabajado con víctimas de cólera en las minas de carbón de Newcastle durante la primera epidemia de Gran Bretaña (1831-1832), realizó una investigación empírica que lo llevó a sugerir que el cólera se propagaba por el agua contaminada. Escribiendo en 1854, Snow se burló de la afirmación del IMS según la cual el cólera atacaba a quienes tenían predisposición al contagio. Como él decía: "La presunta predisposición no era visible ni evidente: como el elefante que según la mitología hinduista sostiene el mundo, sólo fue inventada para eliminar una dificultad".⁷ No todos los médicos estaban dispuestos a seguir a Snow, ni siquiera en Inglaterra. La renuencia quizá se relacionara con un accidente social: a diferencia de los caballeros de buena cuna, Snow no era producto de la "escuela pública". Y su diploma de médico era del University College de Londres (la "impía" institución fundada por Jeremy Bentham) y no de una universidad "respetable". No obstante, después

de mediados de siglo, los médicos ingleses al menos estaban preparados para encarar la teoría de Snow como una de las varias que podían resultar útiles para controlar el cólera.

En todo caso, los caballeros capitalistas y sus socios médicos de la India no consideraban la explicación de Snow como apropiada para sus propias necesidades. Analizaré algunos motivos de ello en la sección final de este capítulo. Allí regresaremos a la India después de la represión británica de la Rebelión de 1857-1858 (antes llamada el "Motín").* Poco después de este suceso, los capitalistas decidieron continuar con sus inversiones en infraestructura en una escala sin precedentes. A partir de entonces, la mortandad del cólera se elevó al cielo.

El cólera como enfermedad

Hoy, cuando el cólera es casi desconocido en Europa occidental, los expertos en salud de los territorios económicamente avanzados suelen adoptar actitudes heredadas y suponen que su presencia en un país no occidental delata una pobreza innecesaria que se podría enmendar con una dosis adecuada de moralismo. Mucho más útil es la posición moralmente neutra de los noventa, que en su forma básica fue establecida por Robert Koch en 1883 (cuando estudiaba el cólera en Alejandría) y en 1884 (cuando completó sus estudios en Calcuta). Esta interpretación moderna sostiene que el cólera es causado por una bacteria acuática del género *vibrio* que habitualmente es ingerida por el intestino humano cuando alguien traga agua que contiene materia fecal humana infectada de cólera. La ingestión de mariscos, langostas, ostras, melones, fresas, verduras u otros comestibles donde las moscas hayan arrojado heces humanas infectadas también puede llevar el vibrión al organismo de la víctima potencial. Otra cadena de transmisión

* Entre 1857 y 1859 los soldados indios (cipayos) del ejército bengalí de la Compañía de las Indias Orientales se rebelaron contra sus oficiales, entendiendo que los británicos no respetaban sus tradiciones relacionadas con la religión y la casta. La rebelión fue aplastada por los ingleses, y su consecuencia más importante fue la abolición de la Compañía y el traslado de la administración de la India a la Corona británica. Tradicionalmente el episodio se conoce como "amotinamiento indio" o "motín de los cipayos". (N. del T.)

consiste en la ingestión del sudor de una víctima, al usar su ropa mal lavada y llevarse la manga a la boca. Otra más se inicia cuando alguien arroja descuidadamente gotas del agua letal que se usó para lavar sábanas sucias de cólera.⁸

Las interpretaciones etiológicas modernas señalan una cantidad de variables. Una es que el cólera es selectivo por edad: gran cantidad de víctimas eran hombres y mujeres adultos en la flor de la vida, muchos de ellos asalariados y padres de hijos pequeños. También eran de interés las diferencias en la tasa de mortalidad entre diversos grupos socioeconómicos. Dado que ningún humano tenía una inmunidad prolongada, como la suministrada por un ataque benigno de viruela (que daba protección vitalicia contra la enfermedad), el cólera dependía del estado general de salud. Parece que el estómago y el intestino de las personas robustas y saludables —por ejemplo, soldados jóvenes— secretan ácidos y álcalis que combaten al *Vibrio cholerae* e impiden que el huésped se enferme. La capacidad para secretar estas sustancias protectoras se reduce si el huésped sufre de inanición, como en épocas de hambruna, si tiene lombrices en el intestino, está enfermo y abatido o padece una grave depresión mental.⁹

En esta cuestión del "estado anímico" y el estado físico, es importante ser explícito en cuanto a mi enfoque. Mi interpretación reposa sobre el sencillo principio de que el moderno paradigma del cólera —según el cual una causa bacteriológica activa una respuesta corporal normal— es una unidad holística. Dada esta verdad elemental —el paradigma como un todo coherente—, ya no es válido seguir la tradicional práctica liberal —con su fe en el progreso— de extraer fragmentos de interpretaciones anteriores a Koch y luego, descubriendo que algunas parecen similares a ciertos elementos del nuevo modelo kochiano, llegar a la conclusión de que estos pioneros médicos iban por la buena senda. El esquema liberal planteaba que el conocimiento médico aumentaba por incremento, con cada generación sumando su aportación a la de sus predecesores, que a su vez habían partido de los antiguos fundadores. Sin embargo, como recientemente han demostrado Michael Neve, Vivian Nutton y otros, esta vieja metodología no constituye una herramienta útil para recrear verazmente el pasado médico.¹⁰

Más fructífero es reconocer la obviedad de que los médicos y otros profesionales de la salud actúan por fuerza según lo que han aprendido durante su educación formal, más que sobre la base de

la información descubierta diez o quince años después. En la práctica, esto significa que la mayoría de las ideas decimonónicas sobre el cólera se basaban en las confusas interpretaciones galénicas de ese siglo. Estas consistían en dos elementos: grandes dosis de moralismo fusionadas con ideas de Galeno. Según la actitud del autor, con frecuencia no importaba si los sentidos morales –como en el caso del informe anual presentado al Parlamento británico acerca del “progreso moral y material de la India”– contrapesaban los elementos galénicos.

Un concepto galénico fundamental que ya vimos (en el capítulo 1) era el estado mental no natural conocido como melancolía o depresión. Se consideraba que la melancolía y las pautas conductuales concomitantes *predisponían* a la víctima para una enfermedad pestilente o su causa.¹¹ Así, en 1887, al enumerar factores que conducían a la muerte durante una epidemia de cólera, el asesor científico del comisionado sanitario del gobierno de la India atestiguó que la “experiencia cotidiana” mostraba la “acción fatal” del temor y el dolor. Asimismo, al redactar su informe para el año 1898 (catorce años después de Koch), el doctor Weir, funcionario sanitario de Bombay, revelaba su fe en la vieja idea afirmando que una “disposición esperanzada” era “sumamente desfavorable” al crecimiento de la enfermedad en los seres humanos.¹²

El otro no natural era la noción de “entorno”. En términos físicos, este “entorno” infinitamente flexible consistía en los fenómenos meteorológicos que regían la cantidad de precipitaciones pluviales, la dirección del viento y demás, así como el estado del aire, la cantidad de polvo que llevaba, la calidad de los suelos locales, la calidad de las aguas locales y el nivel de las aguas subterráneas. Siguiendo las enseñanzas de Newton y, a muy poca distancia, las del Filósofo (Aristóteles), se pensaba que todos estos factores “ambientales” no naturales concordaban en un patrón cíclico que sólo un meticuloso análisis de una larga serie de detallados registros estadísticos revelaría al fin. También se creía que el resultado final de este análisis “científico” y hallazgo del patrón permitiría intervenir antes de que las enfermedades se manifestaran como epidemias. En la India, este razonamiento se alió con los dictados de un influyente ex integrante de la Junta General Inglesa de Salud (Edwin Chadwick, que todavía daba conferencias públicas en 1877) para dar respaldo teórico a las creencias del IMS. En síntesis, éstas sostenían que cada región de la India tenía su entor-

no patológico distintivo. Las “causas locales” eran las únicas que producían las espantosas y mortíferas epidemias a las que el subcontinente indio parecía tan propenso.¹³

Ahora se sabe que el *Vibrio cholerae* puede vivir varios días en tanques de agua como los que se llevan a bordo de un buque o transporte ferroviario, y hasta dos semanas en el agua tibia de la joroba de un camello que transporta mercancías, por ejemplo, de Afganistán a Rusia, o bien a Persia e Irak. Esta fue la ruta que siguió el cólera cuando salió de la India hacia puntos del norte en la década de 1820. Durante períodos variables de tiempo el vibrión también puede vivir en el intestino de un portador humano que no presenta síntomas pero que excreta heces infectadas. Los estudios modernos en regiones donde se ha encontrado cólera endémico han descubierto que basta una pequeña cantidad de portadores que aparenten perfecta salud para mantener la existencia de la enfermedad.

Para explicar el movimiento del cólera, la interpretación moderna es que sigue líneas terrestres de movimiento humano (carreteras y senderos). También sigue cauces de agua que se pueden usar como fuentes de agua potable y contienen excrementos humanos. Estas fuentes sospechosas incluyen canales, zanjas de desagüe, ríos y puertos, tuberías de agua, bombas públicas, estanques y pozos. Hoy en día el vibrión también se puede transportar por vía aérea, como ocurrió en 1991 cuando viajó de Perú a Estados Unidos en un avión argentino.¹⁴ Antes de la hipótesis de la relación entre el cólera y el agua, formulada por John Snow y confirmada por las pruebas microscópicas de Koch en 1884, parte del impacto causado por una epidemia era que su desplazamiento desafiaba toda lógica. En el norte de Inglaterra a fines de 1831, en la Île de France en la primavera de 1831, y en Castilla en 1834, los observadores enfatizaron el caprichoso desplazamiento del cólera, que atacaba una de cada cuatro casas en una calle, saltaba un kilómetro para atacar otra calle y luego aterrizaba en aldeas remotas que se habían considerado seguras en los viejos tiempos de la peste bubónica.¹⁵

Se ha realizado cierto trabajo en la reconstrucción de los patrones locales de transmisión. Se ha descubierto que en Francia, durante las epidemias de 1831 y 1848-1849, las nodrizas que cuidaban a los bebés nacidos en París llevaban el cólera a sus aldeas dentro de un radio de veinte o treinta kilómetros de la capital. Medio siglo después, refugiados que huían de una epidemia de

cólera de Provenza llevaron el flagelo a Nápoles. Otras reconstrucciones han demostrado que durante los procesos imperializadores de la década de 1830, soldados franceses llevaron el cólera a Argelia. Asimismo, en 1853-1854, tropas reclutadas en el norte de Francia para luchar en Crimea contra el zar de Rusia llevaron la enfermedad a Marsella y luego a las costas del Mar Negro. Irónicamente, este mortífero regalo de Occidente atacó a civiles que no vivían lejos del lugar donde en 1347 el bacilo de la peste bubónica había abordado los buques mercantes genoveses que lo llevarían a las tierras de los mamelucos.¹⁶

Aunque los europeos cultos de la era posnapoleónica estaban muy conscientes de la importancia de la estadística, los patrones detallados de la mortalidad del cólera siguen siendo oscuros. Reflejando el estigma social, la cantidad de víctimas se subestimaba o se exageraba.¹⁷ En una época en que la identificación precisa de las enfermedades aún estaba en su infancia, y en que se creía que el cólera atacaba principalmente a personas toscas y desenfrenadas de clases sociales más bajas, cualquiera que respondiera a esta descripción y muriera por causas poco claras durante una epidemia podía ser clasificado de buena fe como víctima de cólera. A menos que se examinara la materia fecal del difunto con un microscopio para ver si contenía *Vibrio cholerae* (esta técnica era prácticamente desconocida antes de Koch y de 1884), en los casos dudosos no había modo seguro de saber cuál había sido la causa real de la muerte.

Alterar las cifras para mantener la reputación del difunto era relativamente fácil si se había permitido que el paciente muriera en su casa en vez de internarlo en un hospital especializado donde la muerte por cólera o neumonía, tífus o hambre era casi segura. En un régimen de atención domiciliaria, las tasas de mortalidad eran un poco más bajas, como resultado de un cuidado afectuoso que se valía de compresas frías en la frente y la frotación del cuerpo con aceite y tiza. Los parientes sensatos sabían que debían mantener lejos del paciente a cualquier médico que propusiera una sangría —la técnica común y aprobada— para aliviar lo que él percibía como las “causas productoras” de la “fiebre”, pues esta cura era aun más mortífera que la enfermedad. Otra ventaja de la atención domiciliaria era que reducía la posibilidad de confundir un coma profundo con la muerte y, en consecuencia, de un entierro prematuro del ser querido, o su desmembramiento en una de las nuevas escuelas de anatomía de

Gran Bretaña, fundadas para iniciar en su carrera a los aprendices médicos de las clases respetables.¹⁸

En 1832 se registraron en Bilston, cerca de Wolverhampton, y en la localidad fronteriza escocesa de Dumfries, casos de familias que huían de la muerte y dejaban a las víctimas del cólera a merced de las cuadrillas de limpieza. En una estimación per cápita, estas dos aldeas se contaban entre las más afectadas de Gran Bretaña. En el continente europeo, en 1866, en los desperdigados poblados de la provincia belga de Luxemburgo, los cadáveres quedaban a la espera de cuadrillas de limpieza contratadas privadamente o de los perros.¹⁹ Una década después, escribiendo sobre la situación de Madrás durante la epidemia de cólera y la hambruna de 1877-1878, el funcionario de sanidad informó que “no era infrecuente que en sus giras por el país los funcionarios de distrito se toparan con muchos cadáveres y esqueletos durante el viaje de una mañana”. Aquí era obvio que los perros y otros carroñeros ya se habían alimentado.²⁰

Morir de cólera —*mort de chien*, “muerte de perro”, o terror azul— era una de las experiencias más siniestras que una enfermedad podía infligir a un ser humano. Personas relativamente saludables caían de golpe mientras realizaban sus tareas, como si recibieran un martillazo en la cabeza. El *shock* inicial era seguido por vómitos y descontroladas deposiciones acuosas que dejaban el cuerpo sin fluidos. Cuando la deshidratación alcanzaba una etapa crítica, los calambres estrujaban cada músculo del cuerpo y las víctimas se retorcían aullando de dolor. Quizá jóvenes y atractivos por la mañana, al anochecer eran encogidos guiñapos de tez azulada y oscura, ojos hundidos y dientes salientes. Peor aún, hasta el final, la víctima podía estar consciente de las cosas terribles que le sucedían a su cuerpo sucio y deshidratado. Pero la degradación física no cesaba con la muerte. Las piernas y los brazos seguían agitándose un par de horas, una vez que se había extinguido el espíritu de la vida, induciendo a los deudos a esperar que el cadáver no estuviera muerto de veras. En ocasiones la duda se justificaba. Entre las gentes comunes de Inglaterra, el temor de que las cuadrillas de limpieza se llevaran a alguien que aún vivía sólo se equiparaba con la angustia de preguntarse quién sería la próxima víctima. Entre los afectados, las tasas de mortalidad llegaban al 50 por ciento, y entre las víctimas que sobrevivían eran comunes las cicatrices, la parálisis o los trastornos del habla.²¹

El cólera en la India hasta 1857

En agosto de 1891, el mayor cirujano Thomson del Servicio Médico Bengalí, B. Rake, G. Buckmaster y otros integrantes de una comisión gubernamental declararon que, al evaluar el estado de salud de las gentes de la India, encontraban conveniente señalar la cantidad de víctimas locales del cólera. Argumentaban:

Se puede asumir que allí donde el cólera es peor, la higiene y la capacidad física de la gente son más bajas [...] se puede asumir que el cólera es mejor prueba de la salud y riqueza de una región que la tasa de mortalidad por decenio, que a lo sumo es siempre una cantidad incierta en un país vasto como la India, y por tanto muy inadecuada como pauta de salubridad.²²

El uso de las estadísticas de cólera como barómetro de la salud pública reflejaba una percepción tradicional de los ingleses cultos: la India como cuna de una enfermedad que amenazaba directamente el bienestar de las poblaciones de Occidente. Expresando esto en 1872, un estadístico en ascenso llamado W.W. Hunter recordaba a sus lectores:

Uno de los enemigos más mortíferos del hombre [el *cholera morbus* —una gastroenteritis aguda— está] siempre dispuesto a lanzarse sobre el mundo, devastar hogares, saquear ciudades y marcar su paso por tres continentes con una ancha estela negra [abatiendo] a miles de los más talentosos y bellos de nuestra época en Viena, Londres o Washington.²³

Hunter debió haber comprendido que estas afirmaciones tenían serias repercusiones políticas. En el Congreso Internacional de Higiene celebrado en Viena en 1887, la mayoría de los delegados no ingleses estaba plenamente convencida de que el cólera indio era una amenaza continua para Occidente. Pero, como Gran Bretaña era la mayor potencia naval del mundo, el Congreso no estaba en posición de obligarle a imponer una rigurosa cuarentena a las naves que zarpaban de Bombay, Calcuta y otros puertos indios notoriamente infectados.²⁴

Aunque el explosivo crecimiento demográfico de Calcuta (el segundo centro urbano del imperio, con 350 mil habitantes en 1820) ocultaba parcialmente este hecho, hasta después de la Prime-

ra Guerra Mundial la India se caracterizaba por cierto *estancamiento* demográfico. En las regiones central y occidental (Bombay incluida), en los decenios 1891-1901 y 1911-1921, hubo incluso descenso de población. En la región septentrional, incluido el Punjab, la provincia donde Gran Bretaña reclutaría la mayoría de sus efectivos cipayos después de la rebelión de 1857, en el decenio 1891-1901 la expectativa de vida media a partir del nacimiento era de 17,5 años para los varones y 23,1 para las mujeres. En el decenio 1911-1921, la expectativa de vida femenina descendió a 20,3. En 1891 la India tenía una población de unos 150 millones. Según una estimación reciente, cuando Carlos, marqués de Cornwallis, llegó en 1786 para ocupar el puesto de gobernador general, el subcontinente tenía varios millones más de habitantes que cien años después.²⁵

Para ver cómo sucedió esto, podemos comenzar con las actitudes mentales, y sobre todo con la actitud mental generada por el intrigante y joven seguidor de Jeremy Bentham, el vitriólico James Mill (1773-1836). Nacido en una aldea escocesa y educado en la Universidad de Edimburgo, James Mill dio con la idea de escribir una historia filosófica definitiva de la India. Una vez concluida, su *History of India* le valió el puesto vitalicio de secretario de la Compañía de las Indias Orientales, puesto donde fue sucedido por su famoso hijo, John Stuart Mill. Un tema principal de su historia era que la sociedad india había permanecido inmutable desde la antigüedad remota. Este libro, lectura obligatoria para todos los empleados de la Compañía —y luego del gobierno británico— que fueran a la India, era sin duda uno de los motivos por los cuales en los informes oficiales procedentes de la India se usaba con frecuencia la frase “costumbres que datan de tiempo inmemorial”. Traducida a la política general, esta frase significaba que los indios eran intelectualmente somnolientos y decadentes y necesitaban con urgencia la edificación moral que sólo podían brindarles sus conquistadores británicos.²⁶

En relación con el tipo de acción británica que se podía requerir en tiempos de cólera, el constructo milliano servía para legitimar la inacción total. La premisa era que los aldeanos indios eran mugrientos, preferían ser mugrientos y habían sido mugrientos desde tiempos remotos. Como declaró el doctor J. M. Coates, oficial sanitario de Bengala, en 1877, “[la mayoría de las gentes] no creen en el valor del aire y del agua puros [...] y [...] se contentan con mantener los hábitos de sus ancestros y, si sufren y mueren, atribuyen esa contingencia al destino”.²⁷

Para obtener una comprensión objetiva del modo en que los británicos privaron a la India de su historia (siguiendo a James y J. S. Mill), y del proceso que convirtió lo que parece haber sido una enfermedad local, endémica en Bengala, en un problema crónico de toda la India, vale la pena bosquejar la historia de la India anterior y posterior a la conquista. Según la reconstrucción realizada en los últimos quince años por historiadores revisionistas indios e ingleses, la India prebritánica de los siglos diecisiete y dieciocho iba camino de convertirse en una sociedad totalmente comercializada que no debía nada a los procesos de Desarrollo que entonces se realizaban en Europa.²⁸ Situadas en el centro de grandes redes comerciales que se extendían desde el norte de China hasta el Mar Rojo y Egipto, las empresas indias de ultramar construían y poseían sus propias naves para la navegación oceánica y utilizaban complejos dispositivos financieros, como el pagaré, para mantener en movimiento las ruedas del comercio. El comercio de ultramar, con todos los productos conocidos en Occidente y cientos más, era suplementado por una red de intercambio interno de mercancías que implicaba el transporte de bienes básicos y suntuarios a todos los rincones del subcontinente en enormes caravanas de bueyes. En la costa oeste, miles de talleres alimentaban esta red, produciendo las finas telas que hacían de esta región una de las mayores hilanderías del mundo.²⁹

En el orden social indio era central –y en 1740 aparentemente inmune a los cambios provocados por la rápida comercialización– la noción de que un propietario o mercader amasaba una fortuna para reciclarla en causas socialmente dignas. Motivados por este impulso altruista, los comerciantes, banqueros, funcionarios del gobierno y otros a quienes consideraríamos “modernos” contribuían al mantenimiento de instituciones de servicio social. Estas incluían templos que invertían en colegios, bibliotecas, fuentes a la vera del camino, hostales para los viajeros, y en el sur, alrededor de Madrás, cientos de pozos para la irrigación durante la estación seca. Más aún, en tiempos de carestía, la convención imponía que los grandes terratenientes restringieran la codicia de los vendedores de alimentos básicos y tomaran medidas para garantizar que la comida se distribuyera entre los pobres a precios anteriores a la escasez. Esto alentaba a los pobres a permanecer en su aldea natal en vez de lanzarse a una gran ciudad en una vana búsqueda de alimentos. Luego evaluaremos los efectos que la cancelación de esta política por parte de los ingleses tuvo en la salud pública.³⁰

En tiempos prebritánicos, antes de que se inventara la noción de casta, había gran diversidad en las capas de la sociedad. La movilidad geográfica y social atentaba contra las nociones rígidas de prestigio hereditario y contrarrestaba la tendencia a legar las ocupaciones de padre a hijo. En Bengala y el sur de la India, había entre la gente que se reconocía como hindú unos cuantos miles de ancianos eruditos (los brahmanes) que, tras fatigarse de las pasiones juveniles, pasaban el tiempo copiando y estudiando antiguos textos sánscritos. Paralelamente, en el mundo islámico había ancianos eruditos que se pasaban el día estudiando escritos sagrados árabes. Ambas elites intelectuales tenían firmes ideas sobre los conceptos de pureza y contaminación que regían una conducta decorosa. Lamentablemente, los orientalistas ingleses asumieron erróneamente que estos ideales incoherentes y enrarecidos eran normativos para el conjunto de la sociedad.³¹

En realidad, en tiempos prebritánicos estas ideas elitistas eran prácticamente desconocidas entre los campesinos semisedentarios y las tribus seminómades del oeste y del norte. Las actividades cotidianas de estas gentes se regían por las costumbres locales de cada grupo. En tiempos de crisis, la costumbre podía requerir que la comunidad se uniera como una totalidad moral, propiciando a las deidades locales con ritos y sacrificios especiales. Pero, dada la gran diversidad de los agrupamientos sociales de la India –que se podían numerar por centenares–, cualquier intento cuasiantropológico de generalizar a partir de un par de ejemplos corre el riesgo de caricaturizar la realidad. En tiempos de cólera, el hábito colonialista de suponer que todos los indios encajaban en un solo estereotipo, un “Otro” subalterno, resultó lesivo y maligno.

La India prebritánica estaba gobernada por emperadores mogoles (descendientes de Babur, m. 1530). Estos monarcas consideraban a los mercaderes occidentales como intrusos problemáticos que no tenían nada que ofrecer a los indios, salvo las útiles cantidades de plata que dejaban los occidentales. No obstante, con la decadencia del poder mogol desde fines del siglo diecisiete y el surgimiento de príncipes que competían entre sí para construir estados pequeños y eficientes –como la Confederación de Marathas y Mysore, bajo Haidar Ali y Tipu Sultan–, la plata occidental (en gran parte de origen americano) pasó a desempeñar un papel cada vez más importante en el equilibrio de poder local. Se necesitaba plata para pagar a los soldados mercenarios, así como a los artesanos indios, persas o turcos que producían piezas de artillería

y otros pertrechos de la guerra moderna. También se necesitaba plata para pagar a los propietarios de los bueyes de carga usados en el sistema de aprovisionamiento continental, así como a los cuidadores de las decenas de miles de elefantes que actuaban en la batalla como equivalentes de los tanques modernos.

En cuanto a los ingleses, antes de 1765 dependían casi totalmente de los productos del Nuevo Mundo para abrirse paso en la India (era por esto que los mineros indígenas de México y Perú, acuciados por la viruela, enfermaban y morían). La plata importada se usaba para subsidiar a los comerciantes ingleses, de modo que pudieran competir con los precios de sus rivales de la India u Oriente Medio en el gran puerto de Surat, donde intercambiaban bienes con mercaderes que cruzaban los mares para ir a China, al sudeste asiático o a Egipto. Una vez en marcha, el proceso avanzó rápidamente: en 1750 las empresas mercantiles locales de Surat sufrían una seria decadencia. En 1820 habían sido totalmente suplantadas por el emporio británico de Bombay, costa abajo.

Los productos del Nuevo Mundo también se usaron para construir la fuerza militar cipaya, con oficiales ingleses, que en 1798 se había convertido en uno de los mayores ejércitos del mundo. Se reclutaban tropas en Bihar y otras partes de la India septentrional, cuidando de pagarles regularmente y un poco más de lo que pagaría un príncipe indio.³²

Contribuyendo al colapso del poder centralizado mogol, entre 1742 y 1751 la caballería maratha de la India central occidental se internó en territorios bengalíes de los mogoles, poniendo en fuga a las poblaciones aldeanas y desquiciando el transporte de grano y arroz bengalí al sur, hacia el territorio tamil. En 1757 la conquista de Bengala por parte del comandante militar de la Compañía de las Indias Orientales, Robert Clive, se sumó al caos general. Como un antiguo conquistador romano, después de su victoria en Plassey, Clive exigió un tributo a los recaudadores locales de impuestos. En 1765 la Compañía asumió formalmente la administración fiscal (*diwani*) de las provincias de Bengala, Bihar y Orissa.³³

Esta era la situación general en 1769 cuando la sequía provocó la hambruna de 1769-1770, donde se estima que murieron 10 millones de personas, un cuarto de la población bengalí. Escribiendo sobre la crisis, un comandante naval holandés que estaba en la zona declaró:

Esta hambruna surgió en parte de la mala cosecha de arroz del año anterior, pero se debe atribuir principalmente al mo-

nopolio que tenían los ingleses sobre la última cosecha de este producto, que mantenían a precio tan alto que la mayoría de sus infortunados habitantes [...] no pudieron comprar un décimo de lo que necesitaban para vivir [...]. A este flagelo se sumó la viruela, que se propagó entre gentes de todas las edades y mató a gran cantidad.³⁴

Así, desde el inicio de sus 190 años en la India, los ingleses ejercieron su dominio mediante la violencia, la intimidación y la coerción, tal como harían hasta el final de su estancia.³⁵

El cólera epidémico como fenómeno continental parece haber surgido en 1817, comenzando con epidemias en Jessore y Bengala, y ese mismo año, en el centro de la India, en el ejército de la Compañía de las Indias Orientales conducido por lord Moira, marqués de Hastings, contra una alianza de fuerzas de marathas y *pindaris* (bandas errantes de soldados mercenarios sin empleo).³⁶ El 13 de noviembre Hastings anotó en su diario:

Campamento Talgong. La espantosa epidemia que ha causado tantos estragos en Calcuta y las provincias meridionales se ha desatado en nuestro campamento. Es una especie de cólera que parece atacar al individuo sin que haya tenido síntomas previos de la enfermedad. Si no recibe socorro inmediato, la persona muere con certeza al cabo de cuatro o cinco horas.

Dos días después Hastings consignó en su diario: "La marcha [por el río Pohooj] fue terrible para las pobres criaturas que caían bajo el súbito ataque de esta espantosa dolencia [...] han muerto quinientos desde el ocaso de ayer".³⁷ Escribiendo sobre esta epidemia, un historiador de la OMS señaló que la había precedido una hambruna: "El año de 1815, y más aún el de 1817, estuvieron marcados por lluvias muy intensas, seguidas por desastrosas inundaciones y cosechas estropeadas".³⁸

En 1825 (cuatro años antes que el cólera saliera de la India para atacar la Rusia zarista y los territorios de los Habsburgo, para luego desplazarse hacia los reinos de Inglaterra y Francia), el doctor Annesley, un médico inglés que había residido veinticinco años en la India, escribió a unos amigos de Londres lo que había descubierto sobre la historia del cólera a partir de "quienes están familiarizados con los escritos de los hindúes". Estas investigaciones llevaron a Annesley a la conclusión de "que *no* tenemos pruebas del

predominio del cólera en la India como vasta epidemia en tiempos anteriores". Aunque sabía que los comerciantes portugueses, franceses e ingleses habían descrito epidemias localizadas de una enfermedad semejante al cólera en los puertos indios, en varias ocasiones antes de 1817, Annesley sugería que el cólera epidémico que asolaba el Asia era un fenómeno nuevo.³⁹

Sin embargo, en Inglaterra, en el recién creado colegio de la Compañía de las Indias Orientales en Haileybury, la joven generación de funcionarios de la Compañía que se educaba con la imaginativa historia de la India de James Mill (publicada en 1817) aprendía que esa nación estaba física y moralmente corrupta desde tiempo inmemorial. Esta arraigada actitud mental permitió desechar la sensata sugerencia de Annesley, según la cual el cólera epidémico era un fenómeno nuevo. Se impuso el supuesto de que el cólera epidémico siempre había sido común en la India, aunque antes de 1817 los hombres blancos no estaban allí para registrarlo.⁴⁰

Como hemos visto, en la interpretación kochiana, el cólera como enfermedad opera mejor entre personas que están mentalmente deprimidas porque su mundo ha sido destruido, o porque están físicamente mal nutridas o sufren hambruna. Todos estos requisitos se cumplían antes de la gran epidemia de 1817. Los líderes de los causantes de la depresión mental incluían al gobernador general Carlos, marqués de Cornwallis, sus compañeros y otros sucesores inmediatos. Estos "auténticos britanos" descendían de familias inglesas, irlandesas y escocesas que en las islas usaban las técnicas del patriotismo agrario en perjuicio del campesinado de los órdenes sociales inferiores, atacando sus derechos consuetudinarios mediante el cercamiento, las rentas exorbitantes y la expulsión en masa. Cuando enfrentaron esa tierra extraña que era la India, estos auténticos britanos tampoco tuvieron el menor escrúpulo en destruir las pautas comunitarias.⁴¹

Descrito por su biógrafo del *Dictionary of national biography* como un "hombre de genio sorprendente", Charles Cornwallis, ex alumno de Eton, gobernador general de la India desde 1786, fomentó intensamente la destrucción de la trama de la sociedad india. Poco después de llegar, impuso ideas occidentales de moralidad al prohibir que las compañías emplearan a mestizos, resultado de la desregulada vida sexual de los compañeros de Robert Clive. Así, aun antes de 1820, cuando se alentó a las esposas de los oficiales de la Compañía a reunirse con sus esposos, la relación entre los

auténticos britanos y el pueblo se caracterizaba, por parte de los ingleses, por un afectado separatismo racial. Para los indios de alcurmia que estaban dispuestos a colaborar con los conquistadores ingleses y aprender sus costumbres, esta política era desmoralizadora.⁴²

Como los auténticos oficiales britanos consideraban que los soldados de la Compañía eran poco más que desechos carcelarios (en 1817 Hastings los calificó de "engendros"), los hombres de esa clase aún podían satisfacer sus impulsos sexuales con prostitutas indias. Cuando un ejército británico se marchaba, iba acompañado por hordas de seguidoras que retornaban a sus aldeas para escapar del cólera, llevando la enfermedad consigo. En un comentario sobre esta situación, durante la epidemia de 1817-1823 alguien señaló:

Fueron los *pindaris* moviéndose de lugar en lugar, y los efectivos británicos *con su vasta horda de acompañantes*, los que contribuyeron materialmente a difundir y mantener la epidemia, que duró *sólo* mientras estos movimientos continuaban.⁴³

La distribución de tierras y otras reformas legales de 1793, emprendidas por Cornwallis, afectaron profundamente las estructuras sociales de la India. De ellas surgió una nueva clase de *zamindars* que eran responsables de pagar impuestos por sus fincas, so pena de confiscación. Los *zamindars*, antes de Cornwallis, no tenían derechos de propiedad sino que servían al gran mogol como recaudadores de ingresos en los territorios estipulados. Al crear esta nueva especie de *zamindar*, Cornwallis dio existencia a una categoría que, según creía, cumpliría la misma función que la aristocracia rural de Suffolk o Kent, fomentando la destrucción de los derechos consuetudinarios y estableciendo la mano de obra asalariada como norma en las zonas rurales. Esta creación de derechos aplicables por ley en una tierra donde antes no existían produjo grandes cambios en la dirigencia hinduista, pues los que estaban obligados a vender eran reemplazados por nuevos colaboradores hinduistas (*bhadralok*). Hacia 1820 esto dio lugar al surgimiento de rentistas ausentes *bhadralok* impulsados por la ideología británica del individualismo posesivo, de pronto en boga. Con frecuencia estos "nuevos hombres" olvidaban que el propósito de la riqueza era fomentar planes de mejoramiento social: hospitales, escuelas, fuentes junto al camino. En tiempos de hambruna, a

estos hombres no les incomodaba la negativa británica de controlar la exportación del grano —el producto del cual dependía la vida— desde las zonas de escasez hacia otras zonas que pagarían un precio más alto.⁴⁴

Cornwallis contribuyó a la transformación masiva de la composición social y la ecología de la India, pero no sólo con sus impuestos agrarios y sus nuevos *zamindars*. Siguiendo los términos del código legal que él introdujo en 1793, todos los tejedores y artesanos fueron contratados por la Compañía de las Indias Orientales y tenían prohibido proveer a traficantes independientes. Obligados a pagar por los recaudadores de impuestos ingleses, pero cobrando sueldos de hambre en la monopólica Compañía de las Indias Orientales, cientos de tejedores e hilanderos abandonaron el trabajo y huyeron a sus aldeas natales, donde se hundieron en la indigencia. Según el historiador J. E. Wills, a fines del siglo dieciocho el deterioro de la calidad y cantidad del algodón fino de la India era manifiesto.⁴⁵

Escribiendo sobre la situación un cuarto de siglo después, el abate Dubois, orientalista francés, sostuvo que Europa había necesitado los paños finos de la India “desde tiempo inmemorial” pero que ahora se habían vuelto redundantes, víctimas de la avanzada tecnología inglesa de fabricación de telas. Y continuaba:

Este colapso de la industria algodonera ha [detenido] indirectamente la circulación de dinero, y los agricultores ya no pueden contar con que los fabricantes [...] compren su grano sobrante [...]. Esto ha llevado a los agricultores a la dura necesidad de cederles el grano, y así ser presa de usureros inescrupulosos.⁴⁶

El sucesor de Cornwallis fue otro viejo alumno de Eton, Richard, marqués de Wellesley. El marqués y sus hermanos Henry y Arthur (segundo duque de Wellington) se dejaron persuadir por William Jones, H. T. Colebrooke y otros orientalistas que sostenían que el intento de los príncipes guerreros indios de construir pequeños estados que reemplazaran el excesivamente vasto imperio mogol estaban pervirtiendo la “antigua constitución” de la India. Aunque esta “antigua constitución” fuera un constructo mítico elaborado por brahmanes excéntricos para los orientalistas occidentales, ello no reducía su eficacia como justificación de la conquista inglesa.⁴⁷ Basándose en ella y en enseñanzas de la escue-

la pública sobre los antecedentes imperiales romanos de “terror saludable”, los hermanos Wellesley lucharon contra los separatistas indios y, después de la rendición, despacharon a los oficiales a sangre fría.⁴⁸

La urgencia de los hermanos nacía además del temor de que los agentes de la Revolución Francesa de 1789 se infiltraran en la India y, en alianza con los rebeldes (vistos como pandillas de criminales), derrocaran el régimen fiscal-militar británico. Con cierta imprudencia, Tipu Sultan, de Mysore, jugó a ello al plantar un Árbol de la Libertad y llamar “ciudadanos” a sus amigos. Esta postura atrajo toda la fuerza de los efectivos de los Wellesley, y también la derrota militar y una muerte sin gloria (en 1799). Pero, antes de este desenlace, los gobernantes de Mysore habían sentado precedentes políticos en su estado regional que anticipaban gran parte de aquello que los ingleses harían en toda la India. En síntesis, la política de los príncipes de Mysore consistía en intervenir con todo el peso del Estado en la vida de los agricultores, obligándolos a asentarse para que fuera posible cobrarles impuestos, juzgarlos y someterlos a otras formas de supervisión burocrática.⁴⁹ Sus planes de modernización —que Haidar Alí y Tipu Sultan dejaron inconclusos, apremiados por el avance de las conquistas inglesas— brindaron a los auténticos britanos una guía segura para obtener ganancias, lo cual, por cruel coincidencia, obró para mayor gloria del cólera.

En el viejo orden rural que existía cuando Clive y Haidar Alí entraron en escena, ecológicamente sensato y libre de cólera, cada villorrio era una república aldeana geográficamente móvil encabezada por un guerrero que era jefe, mediador en las disputas y distribuidor de derechos de uso de tierras comunales que él no pretendía poseer. En la mayor parte de la India, la vida aldeana se basaba en la premisa de que una aldea consistía en un pueblo y sus costumbres más que en un lugar fijo y un conjunto de edificaciones.

Un factor que complicaba aún más esta realidad rural era que hacia 1817 el subcontinente estaba subpoblado en relación con su base potencial de recursos; una gran parte estaba cubierta por bosques. En la meseta central del Deccán, sobre todo, había vastas comarcas poco pobladas donde la gente se desplazaba a voluntad. Bajo este régimen de uso de tierras, la tierra fértil era cultivada hasta que parecía fatigarse, luego la aldea se desplazaba a otra parte, regresando a las dos o tres generaciones. Dada esta flexibilidad

geográfica, la aldea se mudaba a un sitio más saludable si fallaban las lluvias o aparecía una amenaza de enfermedad.⁵⁰ Esta flexibilidad explica por qué en tiempos prebritánicos el cólera epidémico y la viruela no eran un fenómeno continental.

Además de estas poblaciones agrícolas semimóviles, la India albergaba gran cantidad de pastores errantes, los pueblos tribales. En el curso de su vida, un tribeno podía tener varias profesiones, como soldado mercenario, picapedrero, comerciante, sanador o cualquier otra ocupación que se presentara. Las tribus pasaban los meses más tórridos en las colinas de la India occidental (los Ghats) o en las serranías y montañas del norte, hacia Afganistán y el Himalaya, y se mudaban a las praderas durante los meses más frescos, donde ofrecían bienes de toda clase (algunos adquiridos honestamente, otros por el robo) entre pueblos semimonetizados. Las tribus también se encargaban del pastoreo y la crianza de equinos y vacunos, suministrando a los aldeanos de todo el subcontinente los rebaños que constituían la principal forma de riqueza necesaria para sus ritos de pasaje.⁵¹

En este complejo de mundos vitales donde pueblos sedentarios, semisedentarios y nómades cumplían un papel habitual frente a un entorno natural inhóspito, irrumpieron la maquinaria bélica y el Estado fiscal inglés. Partiendo de precedentes creados por Haidar Alí y Tipu Sultan, obligaron a la gente a instalarse en sitios fijos, de modo que pudieran cobrarle impuestos y gobernarla regularmente. Como resultado directo de las medidas inglesas de asentamiento y monetización obligatoria, decenas de miles de personas se convirtieron en ruinas desmoralizadas y hambrientas cuyos órganos interiores parecían incapaces de generar los ácidos y álcalis que en tiempos de emergencia necesitaban para combatir el vibrón del cólera.

Los británicos imperializadores del siglo diecinueve no tuvieron en cuenta, por ejemplo, que al crear pequeñas fincas mantenidas por el sistema *ryotwari* en la India meridional provocaron un gran aumento de cultivos en tierras de calidad inferior. En vez de preocuparse por las consecuencias, el estadístico oficial W. W. Hunter y otros de su calaña pensaban que el aumento de la superficie cultivada —en los veinticinco años posteriores a 1853 el aumento fue del 66 por ciento— hablaba bien de la presencia civilizadora inglesa.⁵² La realidad era muy diferente. A medida que los *ryots* necesitaban más tierras, también necesitaban usureros que los ayudaran cuando debían pagar los impuestos. Cuando había sequía o

las fuertes lluvias destruían las cosechas, el desenlace era la falta de pago y la confiscación, con resultados previsibles: hambruna y, si el vibrón estaba presente, una epidemia de cólera.

En su propia percepción del origen del cólera, algunos aldeanos indios (ninguna aldea era típica) planteaban una asociación entre la llegada de los ingleses y la catastrófica enfermedad. Escribiendo sobre la región de Bombay, el funcionario público retirado E. E. Enthoven comentaba que

Según una tradición popular, en tiempos antiguos el cólera fue sometido por el rey Vikrama y fue sepultado bajo tierra. En un momento los ingleses excavaron el sepulcro en la creencia de que ocultaba un tesoro, y así se liberó el cólera. Después de matar muchos soldados, la deidad de la enfermedad al fin fue propiciada por una oblación, y entregada a los *bhangis* [intocables].⁵³

Las palabras de Enthoven suscitan cuatro reflexiones: primero, la asociación popular entre la codicia inglesa de oro y la llegada del cólera; segundo, que los soldados eran muy vulnerables. En el año de la Gran Rebelión de 1857-1858 (un hecho de significación cósmica que por cierto sería recordado en la tradición oral), en las provincias rebeldes murió uno de cada diez cipayos o soldados ingleses (100,6 por mil). De estas muertes, sólo 4,3 por mil se atribuyeron a la acción militar; casi todas las demás muertes fueron causadas por enfermedades, sobre todo el cólera.⁵⁴

La tercera reflexión concierne al supuesto de las aldeas indias de que la enfermedad era enviada por una fuerza controladora, una diosa que ansiaba entrar en negociaciones con la humanidad y que, una vez satisfecha con los ofrecimientos propiciatorios, retiraba la enfermedad. Los auténticos britanos se burlaban de esto, afirmando que era otra superstición de la ignorante población negra.⁵⁵ Sin embargo, a la luz de las interpretaciones modernas, aquello que los prejuiciosos calificarían de "superstición", y que los progresistas reconocen como una saludable forma de liberación de tensiones, no se limitaba a la India. En julio de 1866, durante la peor epidemia de cólera europea, la gente de Bruselas (hoy capital de Europa) entabló negociaciones con la Virgen María muy parecidas a las entabladas con otra diosa en la India aldeana.⁵⁶

En la India, las observaciones de Enthoven sobre las costumbres populares nos llevan a una cuarta conclusión: la transferencia de la

enfermedad "a los *bhangis*", la casta más baja, los intocables. Parece que en Bombay se consideraba que esa gente tenía un toque mágico que le permitía lidiar con enfermedades catastróficas frente a las cuales los profesionales de la salud eran impotentes.

Pasando ahora a las respuestas médicas, se verá que casi desde el comienzo de las epidemias continentales de cólera, en 1817, los expertos en salud ingleses se preocuparon por *no* comunicarse con los expertos indios. Esta era una nueva escisión. Tiempo atrás, hacia 1670, los médicos europeos que viajaban ocasionalmente por el subcontinente —doctores como François Bernier y cirujanos como John Fryer— habían aceptado que los profesionales médicos indios estaban más o menos en la misma longitud de onda, pese a su renuencia a practicar la sangría, la cura occidental patentada para las fiebres.

Bernier y Fryer descubrieron que había dos grandes sistemas médicos *cultos* en el subcontinente. El más antiguo, el *Ayurveda*, se basaba en textos escritos en sánscrito entre el año 1 y el 1000. Los practicantes se conocían como *vaid*s. El segundo sistema, *Unani Tibb* (la medicina de la Grecia helenista), llegó lentamente después del siglo ocho con los mercaderes musulmanes, y se afianzó con las conquistas turco-árabes del siglo quince. Era un primo de la medicina de los humores practicada en Europa occidental hasta el nacimiento de la clínica en el siglo dieciocho. Los practicantes del *Unani Tibb* se conocían como *hakims*.

Para llegar a ser un *vaid* en la tradición sánscrita, el aprendiz vivía en la casa del maestro, que con frecuencia era su padre o su tío. Este sistema de aprendizaje a veces se usaba en el *Unani Tibb*, aunque muchos *hakims* estaban asociados con una gran escuela, templo y biblioteca donde ayudaban a formar aprendices. El programa de enseñanza del *Unani Tibb* sufrió un revés cuando los ingleses, usando falsos precedentes legales, sostuvieron que los títulos de propiedad eran defectuosos y confiscaron las tierras necesarias para mantener la existencia de las instituciones musulmanas.⁵⁷

Sin embargo, las dificultades que los practicantes de las tradiciones *Unani Tibb* y *Ayurveda* enfrentaron bajo el dominio de la Compañía tuvieron pocas repercusiones en la asistencia médica disponible para los aldeanos comunes. En la época precolonial, los *vaid*s y *hakims* sólo trataban a clientes acaudalados de las cortes principescas. Sólo cuando este mecenazgo comenzó a marchitarse, con la matanza o el retiro compulsivo de los príncipes disiden-

tes y su reemplazo por colaboradores de los ingleses (que usaban médicos ingleses), los *vaid*s y los *hakims* ampliaron su clientela para incluir a la nueva clase media india en ciudades como Calcuta y Bombay, que estaban totalmente dentro de la esfera británica. En estas circunstancias, el mundo rural —donde vivía el 95 por ciento de los indios— aún carecía de un sistema formal de medicina.⁵⁸

Ciertos indicios mostraron tempranamente cuál sería el destino de la medicina culta india. En 1814 los directores de la Compañía de las Indias Orientales sugirieron que los médicos expatriados consultaran a los médicos indios para averiguar cómo trataban las enfermedades específicas del lugar. Pero en esa época los médicos ya sabían que los indios usaban calomel como cura para las fiebres y entendían que no tenían más que aprender. Después de 1814 empezaron a despreciar a los médicos indios y sus sistemas.⁵⁹

Esta actitud reflejaba el impacto que el código filosófico de conducta diseñado para los caballeros, conocido como "independencia", surtía en las mentes coloniales. Tal como la reelaboró Adam Smith en su *Teoría de los sentimientos morales* (publicada en 1759, con muchas ediciones posteriores), a partir de los *Pensamientos sobre educación* de John Locke y los escritos estoicos de Marco Aurelio y Epicteto, la "independencia" exaltaba la mente por encima de la materia y la razón por encima de la pasión. Su objetivo era el "dominio de sí" y una sensación de "independencia respecto de la fortuna, y desprecio por todos los accidentes externos del dolor, la pobreza, el exilio y la muerte". Citando a Locke y Epicteto, Smith moralizaba que "la muerte, como decimos, es el rey de los terrores", pero el "hombre que ha conquistado su temor a la muerte" demuestra pleno control de sus pasiones y puede "respirar el aire libre de la libertad y la independencia".⁶⁰

Esta edificación moral influyó en las respuestas médicas cuando atacó el cólera. En 1817 se supo en Calcuta que el cólera estaba cerca, en Jessore. Cuando le pidieron que hiciera recomendaciones, la Junta Médica de Calcuta reprendió al magistrado inglés de Jessore, que se había olvidado de conquistar su temor a la muerte y en cambio cerró sus oficinas y envió a la gente a casa. Con sus rígidos labios todavía intactos, los miembros de la Junta Médica declararon que el cólera era "la epidemia habitual de este período del año" y, en un homenaje al clérigo anglicano Thomas Malthus, señalaron que "es probable que las consecuencias [...] puedan haber sido benéficas en este caso, corrigiendo la influencia

de una *población hacinada*". Como vimos, la población india ya estaba en descenso.⁶¹

En 1827, cuando la segunda epidemia continental cobraba impulso, disponiéndose a avanzar sobre Europa, R. H. Kennedy, un angloirlandés que escribía desde Bombay, opinó que la epidemia no logró ofrecer "una imagen más penosa de la desolación, a nuestro juicio, de la que tenemos por costumbre contemplar con calma filosófica, y que figura entre las calamidades comunes de la vida india".⁶² Aquí pues, en la costa malabar, un médico invocaba a Epicteto y su frase estoica, "el aula del filósofo es el hospital", mediada por los *Sentimientos morales* de Adam Smith.⁶³ Uno se pregunta si Kennedy tenía noticias sobre los sufrimientos finales del máximo funcionario británico, del otro lado de la península, en la costa de Coromandel. Mientras moría de cólera en 1827, el creador del sistema *ryotwari*, sir Thomas Munro, pasó presuntamente por las etapas habituales: vómitos incontrolables, deposiciones acuosas, deshidratación, gritos de dolor, una muerte que no era muerte seguida por espasmos de *rigor mortis*.

A la cerrazón mental de los médicos occidentales a los sistemas *Ayurveda* y *Unani Tibb* después de 1814 le siguió otro traspie para la medicina en 1835. Ese año, en respuesta a un requerimiento del gobernador general, lord William Bentinck, Thomas Babington Macaulay publicó su definitiva "Acta sobre educación". Esta sostenía que cualquier institución educativa financiada por contribuciones tributarias (impuestos) de los indios debía emplear el idioma inglés como único medio de instrucción. Recientemente, historiadores revisionistas indios han asumido la iniciativa de los románticos de la escuela de la "India atemporal" que siempre consideraron insultante el "Acta sobre educación". Subrayan en cambio las aportaciones de Rammohun Roy (1772-1833) y otros brahmanes bengalíes. En contraposición con el estereotipo del indio atemporal, Rammohun aceptaba plenamente que los indios se habían rezagado en sus conceptos y en la producción de los "ingeniosos artilugios y útiles descubrimientos que han dado pasos tan gigantescos en Europa en los últimos años". Para enmendar la situación, exigía (en 1823) que los ingleses permitieran el reciclaje de fondos para respaldar instituciones de enseñanza de *lengua inglesa* que capacitaran a los indios para alcanzar a Occidente. Como resultado de la presión que generó Rammohun Roy, en 1851 se fundó el Colegio Médico de Calcuta.⁶⁴

El hecho de que este promisorio comienzo no produjera muchos progresos en educación médica se puede atribuir a previas y nuevas actitudes respecto de la "naturaleza de los indios", a quienes se veía como un "Otro" reificado en un planteo de "divisoria colonial".⁶⁵

Esta actitud mental formaba parte de la reacción inglesa ante la rebelión de 1857-1858, cuando por un tiempo pareció que Gran Bretaña tendría que abandonar el subcontinente. Pero, en un nivel más profundo, la incapacidad para hacer avances en salud pública en la India se asociaba con las actitudes y los sucesos políticos de Inglaterra. A ellos pasamos ahora.

El cólera en Gran Bretaña

Consignando sus impresiones sobre el cólera en Manchester durante la primera epidemia que atacó Gran Bretaña, el doctor James Kay (luego conocido como Kay-Shuttleworth) declaraba:

la invasión de la pestilencia [...] desenmascara la deformidad de los males que han agotado la energía de la comunidad. Aquel que tiene el deber de seguir los pasos de esta mensajera de la muerte debe descender a las moradas de la pobreza [...] donde la indigencia y la enfermedad se congregan en la fuente de descontento social y trastorno político, en el centro de nuestras grandes ciudades, y contempla con alarma, en el semillero de la pestilencia, males que crecen secretamente en el corazón de la sociedad.⁶⁶

Cargado de temores paranoicos al descontento social y la disolución, el comentario del doctor Kay-Shuttleworth sobre el cólera forma parte de un pasado epidemiológico que sólo se puede entender dentro del contexto de las extraordinarias circunstancias en que se hallaba Gran Bretaña en la década de 1830.

Empezando por las características que más influyeron sobre los estratos superiores de la sociedad, recordemos que en 1830-1831 la clase dirigente de Gran Bretaña acababa de reinventarse a sí misma. Tras sufrir una humillante derrota en las colonias americanas (Yorktown, 1781), las mil familias londinenses que tenían el control hegemónico de las dos islas decidieron ensanchar la base de reclutamiento de la elite para incluir a las clases terratenientes

de Escocia, Irlanda, Gales y el norte de Inglaterra. Se ofrecieron varias tentaciones. Estas incluían la promesa de puestos prestigiosos en la India y la marina real para los hijos menores, y también el respaldo oficial al fenómeno conocido como "patriotismo agrario". Esta política alentaba la extinción acelerada de los derechos consuetudinarios de los campesinos, el cercamiento de tierras comunes, los infundios contra el campesinado y la fuga de los desposeídos a las ciudades.⁶⁷ En algunas regiones, el impacto fue particularmente dramático. Al norte y al oeste de Glasgow y Aberdeen, en una purga étnica conocida como *Highland Clearances*—"despeje de las tierras altas"—, los terratenientes modernizadores que seguían las pautas de la Ilustración escocesa de Edimburgo aumentaron masivamente sus ganancias introduciendo ovejas para reemplazar a los arrendatarios de habla gaélica que ocupaban esas tierras desde tiempo inmemorial.⁶⁸

Varios peldaños bajo los grandes terratenientes en la escala de la estima social, había vastos conglomerados de gentes aún conocidas como *middling sort* o *middle classes* ("clases medias", en plural). Dentro de este espectro estaban los atípicos empresarios manufactureros que ya no se sentían a sus anchas en compañía de los artesanos, a diferencia de la mayoría de sus colegas. Las clases medias también incluían abogados, comerciantes y banqueros de ingresos modestos, escribientes y otros burócratas, ingenieros, arquitectos, la pseudoaristocracia urbana (viudas y familiares pensionados de una genuina aristocracia terrateniente), y la tríada de los profesionales de la medicina: boticarios, cirujanos y médicos de segunda. Lo que tenían en común todos los hombres del amplio sector medio de la sociedad era que mantenían a sus mujeres en casa. Más allá de la esfera doméstica, su experiencia común era no haber asistido a una "escuela pública" y no tener una relación de igualdad con la clase terrateniente ni con los aristócratas (los auténticos britanos) que gobernaban Inglaterra, comandaban sus ejércitos y marinas y determinaban la política exterior. Careciendo de las rentas de los auténticos britanos y sus hectáreas heredadas, los jóvenes de las clases medias tenían que buscar maneras de ganarse la vida que fueran tan respetables como remunerativas.⁶⁹

De las filas de estas ambiciosas clases medias surgió un grupo de ideólogos o teóricos visionarios. Resueltos a destacarse, muchos de ellos consideraron conveniente adoptar la ideología de rectitud moral de Jeremy Bentham conocida como utilitarismo. Esta usaba como lema las pegadizas pero desorientadoras palabras "la mayor

felicidad para la mayor cantidad". A la manera del famoso concepto rousseauniano de "voluntad general", el credo utilitarista daba por sentado que sólo sus adherentes conocían el auténtico camino hacia el "progreso" prometido por la Ilustración. Para hacerse oír en medio de la algarabía de aquellos tiempos, hablaban y escribían en tono acerbo y arrogante. Con sus opiniones contundentes, anunciaron al mundo que eran los voceros de una nueva categoría social, la Clase Media, y que ésta era la piedra angular del arco del cual dependía la estabilidad de toda la trama social. Fueron tan elocuentes en sus afirmaciones que sólo en tiempos recientes—1914—los historiadores (que habitualmente son de clase media) descubrieron que la verdadera piedra angular la conformaban los caballeros capitalistas, una mezcla de aristócratas modernizados, banqueros de altos ingresos, comerciantes y cambistas.⁷⁰

Para nuestro enfoque, aparte del propio Jeremy Bentham, los más importantes ideólogos de la clase media son el ex secretario de Bentham, Edwin Chadwick, su amigo médico, Thomas Southwood Smith, y el joven protegido de Bentham, James Mill, autor de la tristemente célebre *History of India*. En la próxima generación de utilitaristas—hasta que sufrió un colapso nervioso por sus efectos—estaba John Stuart Mill, hijo y sucesor de James Mill en la Oficina de la India. Visto en retrospectiva como fundador de la ideología inglesa del liberalismo, al escribir su libro clave *Sobre la libertad* (1859), J. S. Mill dejó claro que el privilegio de ser un individuo libre no se aplicaba a los habitantes de la India.⁷¹

Aunque las invectivas de los ideólogos contra las clases terratenientes lo hayan ocultado a los ojos de los historiadores modernos, los teóricos adoptaron uno de los principales elementos del patriotismo agrario: el remodelado constructo estoico de Adam Smith, la "independencia". Con este núcleo conceptual, durante los años de las guerras con Francia y la reacción angloescocesa de 1793 hasta la época de la primera epidemia de cólera (1831-1832) y la ley de reforma de 1832, los teóricos ingleses construyeron su no tan original código moral. Este enfatizaba el individualismo y el trabajo duro, la rectitud moral, la "virilidad", la dedicación a la vida familiar y las recreaciones familiares, el lenguaje limpio y la elusión de las muestras externas de emoción, la ebriedad pública u otras formas de conducta indecorosa. Siendo Inglaterra y Escocia países protestantes, también alababa, de los dientes para afuera, la asistencia a la iglesia. Diversas formas de cristianismo evangélico se aliaban con esta ideología secular.⁷²

En gran contraste con lo que R. J. Morris denomina "la confiada y arrogante marcha hacia la hegemonía cultural mundial" de los ideólogos ingleses y escoceses, estaban los sectores artesanales de la sociedad. Era para gentes de esta clase (no afectadas, naturales y sinceras) que Thomas Paine escribió sus tratados sobre los derechos de la humanidad. Abarcando casi dos tercios de la población adulta, este amplio espectro social estaba constituido por hombres y mujeres que usaban su destreza manual para producir bienes que iban desde alimentos procesados hasta muebles de alta calidad que se vendían en los mercados mundiales. Sólo unos años antes, a fines del siglo diecisiete y principios del dieciocho, la gente de esta clase había creado la revolución en hábitos de consumo en que hoy se basa la moderna economía mundial. No siendo clarividentes, ignoraban que el monstruo consumista que ayudaron a crear destruiría el mundo vital de sus descendientes.⁷³

A principios del siglo diecinueve, antes de que se produjera este desenlace (con la ayuda del cólera), los artesanos ingleses y escoceses utilizaban jerarquías basadas en la destreza, el honor, la integridad y la edad. Aunque las viejas gradaciones –aprendiz, jornalero, maestro– ya no eran tan fijas como en los territorios germanos de la época, los maestros ingleses aún consideraban que cualquiera de ellos que usara su riqueza excedente para contratar los servicios de otro maestro y así cumplir con los plazos de producción era un artesano más, y no un miembro de otra clase (un artesano ascendente en la escala social). En su pertinaz ceguera, los artesanos valoraban la independencia personal y la capacidad para vender sus habilidades a quien escogieran y cuando escogieran. Miraban con mal ceño al maestro que cometía la torpeza de pedir dinero prestado a un empresario inescrupuloso para comprar materia prima, no podía pagar y caía en la trampa de ser esclavo de su acreedor.

Los trabajadores independientes también valoraban las relaciones entabladas en los mundos superpuestos del taller, la cervecería o la taberna, y en el ajeteo de los deportes y festivales. Amaban las competencias violentas, las luchas entre perros y toros, o entre perros y osos, las apuestas en riñas de gallos, y el uso de "música ruda" para imponer normas conductuales entre los hombres y las mujeres del vecindario. Cuando llegaba el momento de despedirse de un colega, familiar o vecino muerto, realizaban un ceremonioso funeral y lo sepultaban en tierra consagrada. Aunque rara vez asistían a la iglesia, esperaban que en el Último Día los muer-

tos se levantarán de la tumba para regocijarse en la compañía de los familiares y colegas resucitados.⁷⁴

Visto desde la perspectiva de 1809 (el año en que Thomas Paine estaba vivo y muerto al mismo tiempo), parecía que el estilo de vida de los artesanos era fijo y atemporal; sin embargo, estaba condenado. Mal equipadas legalmente para proteger el modo en que despedían a sus difuntos, se divertían y trabajaban, las gentes comunes no podían contrarrestar los violentos embates de los teóricos visionarios que procuraban destruir su mundo. En retrospectiva parecería que los actos de despojo de los ideólogos (tan evidentes durante los meses del cólera de 1831-1832) eran una respuesta a su propia necesidad de diferenciarse –como minoría moral– de la mayoría amorfa de clase baja, para así ganar la aprobación de los verdaderos dirigentes de Gran Bretaña, los grandes terratenientes.

Antes que el cólera atacara en 1831, un tardío jacobinismo francés, similar al que alimentaba el republicanismo de Thomas Paine, provocó en los ideólogos un sentido de urgencia en sus tratos con la turba (el término general para la gente común). Además de esta amenaza política, e igualmente alarmante, estaba el enorme ascenso de la población inglesa: de una base de 5 millones en 1700, había aumentado a casi 10 millones en 1800. Cobrando ímpetu después de 1780, en 1850 se duplicó de nuevo. Ya en 1798 Thomas Malthus, un temible párroco de la Iglesia de Inglaterra (m. 1834), advirtió que todos esos excedentes humanos no tenían derecho a existir. Malthus también sostenía que la naturaleza, en su sabiduría, los diezmaría mediante el hambre, la guerra o la peste. En la primera edición de su *Ensayo sobre la población* (1798), ignoraba que el cólera podía ser el agente purgador que él requería.⁷⁵

Alimentando el espectro malthusiano, existía la sospecha de que en las clases trabajadoras la edad promedio para el primer embarazo de una mujer estaba bajando de los veintiséis o veinticinco años –la edad más frecuente antes del colapso de los controles homeostáticos del comunitarismo rural (destruidos por el patriotismo agrario)– a veinte o veintiuno. En ausencia de anticonceptivos y una actitud mental apropiada, matrimonios más jóvenes significaban tasas de natalidad más altas, y más bocas para alimentar. En vísperas del cólera de 1831, era evidente que menos de la mitad de los miembros de las clases trabajadoras tenía menos de veinte años y casi tres de cada cuatro menos de treinta (la

edad de la discreción plena). Sumándose a lo que los ideólogos percibían como la amenaza de los disturbios urbanos, gran cantidad de angustiados católicos viajaban desde Irlanda para buscar trabajo en las ciudades inglesas.⁷⁶

Ante la disidencia social, una típica respuesta del varón inglés de clase media era sumarse a una de las organizaciones voluntarias de activistas recién fundadas para promover la edificación social y moral. Uno de esos grupos era la Sociedad de la Proclamación, la cual, bajo la guía de William Wilberforce, nacido en Hull, enjuició a un hombre que publicaba tratados de Thomas Paine. Cuando el impresor cayó en prisión y su esposa e hijos fueron expulsados de su apartamento de Londres, Wilberforce fue saludado como un héroe moral. Después de 1802, también existían en Londres la Sociedad para la Eliminación del Vicio y una organización heterogénea para la difusión de los valores occidentales en el mundo, conocida como la Sociedad para la Eliminación de la Esclavitud. En el norte de Gran Bretaña, uno de los escoceses que realizaban campañas morales era Thomas Chalmers, un predicador de Glasgow a quien el doctor James Phillips Kay (graduado de la Universidad de Edimburgo) dedicó su estudio de 1832 sobre el cólera de Manchester. Otro escocés era John Dunlop, peripatético defensor de la abstinencia alcohólica. La receta moral de Dunlop consistía en convencer a los *trabajadores* de abandonar el alcohol por completo, aunque permitía que las elites bebieran vinos finos.⁷⁷

En una época en que se sabía que el cólera había salido de la India y avanzaba por los dominios de los Romanov y los Habsburgo (causando disturbios entre gentes que lo veían como una con-fabulación médico-aristocrática para liberar las tierras del exceso de población), los avances parlamentarios de una ley muy propiciada por la camarilla utilitarista dieron nuevo estímulo a la tensión social en Inglaterra. Era la ley de anatomía, que se empezó a debatir en 1828. La ley se puede ver como una respuesta angloes-cocesa al famoso "nacimiento de la clínica" de la Ilustración francesa, que sostenía que el progreso de la medicina requería de una comprensión más detallada de la anatomía humana.

La primera clínica que se fundó en Gran Bretaña —empezó a operar en la década de 1780— estaba en Edimburgo. A principios del siglo siguiente, los empresarios médicos, viendo que habían dado en la tecla, abrieron escuelas de anatomía en veintenas de ciudades provinciales. Siguiendo la demanda del mercado, los es-



Víctima del cólera en Sunderland. Litografía en color de I.W.G. (1832).

tudiantes de clase media, que veían la medicina clínica como una opción promisoría, reclamaban el ingreso. Esto significó una nueva y creciente demanda de cadáveres humanos.⁷⁸

Para proveer muertos frescos a los anatomistas, a fines de la década de 1820 ambiciosos directores de escuela —incluido el médico del rey Jorge IV— empezaron a contratar profanadores de tumbas. A veces, como en Edimburgo, sujetos inescrupulosos como Burke y Hare ahorrraban tiempo asesinando a sus presas y entregando cuerpos que todavía estaban tibios. A despecho de los rumores que hablaban de homicidio, en 1828-1829 los ideólogos utilitaristas afirmaron abiertamente que la mera ignorancia y la superstición impedían que las clases trabajadoras entregaran voluntariamente sus muertos a sus anatomistas locales de clase media.⁷⁹

Pese a la intensa hostilidad de los trabajadores (que sólo tendrían el voto cincuenta y seis años después), la ley de anatomía se introdujo en el Parlamento en 1828 y se aprobó en 1831. Ordenaba que los pobres que fallecían en asilos sin que nadie reclamara el cuerpo cayeran legalmente en las garras de la escuela local.

Encantado con este triunfo de la razón ilustrada, en el cual su protegido Thomas Babington Macauley (que luego escribiría el acta sobre la educación india) había desempeñado un papel protagónico, el octogenario Jeremy Bentham ordenó que a su propia muerte, su querido amigo, el doctor Thomas Southwood Smith, lo trinchara en aras de la ciencia. Así fue que, a su deceso en 1832, los restos mortales del gran utilitarista fueron diseccionados, el esqueleto se reconstruyó y se exhibió, con una efigie de cera y las ropas de Bentham, en la institución londinense que él mismo había fundado, el University College de la calle Gower.⁸⁰

Con el triunfo de la ley de anatomía, la gente común no sólo sentía terror del cólera (ya presente en los puertos alemanes del Báltico en el verano de 1831) sino el temor de formar parte de una "sopa anatómica". Cuando el cólera desembarcó en Inglaterra, en octubre de 1831, en la ciudad portuaria de Sunderland, condado de Durham, mató, entre otros, a un sesentón llamado Sproat y a su hijo William Sproat, "un joven y atlético timonel que había asistido a su padre". Ansiosos de descuartizar a víctimas del cólera como el joven Sproat, los médicos de Edimburgo y Londres acudieron a Sunderland.⁸¹

En las estremecedoras semanas que siguieron, los britanos comunes (como los definidos por Thomas Paine) se enfrentaron con los médicos y los directores de escuelas de anatomía pagadas. Uno de los disturbios más famosos ocurrió en el Swan Street Hospital de Manchester. El 24 de marzo las autoridades del hospital anunciaron al trabajador John Hase que su nieto de tres años, privado de ambos padres por el cólera y víctima de la enfermedad, estaba por recobrarse. Al día siguiente, cuando Hase regresó al hospital para llevarse a su nieto, le respondieron con evasivas y al fin le dijeron que el niño había muerto. Sospechando una mala pasada, el abuelo Hase reunió a sus amigos y, apoyado por una muchedumbre de mujeres obreras, invadió el cementerio del hospital y desenterró el ataúd del niño. Al abrir la tapa, descubrieron que un ladrillo reemplazaba la cabeza. El abuelo Hase y sus amigos irrumpieron airadamente en el hospital y liberaron a otros pacientes de cólera que, según creían, corrían peligro de ser asesinados por los médicos. Luego, alzando el ataúd en procesión triunfal, se dirigieron al centro de Manchester. Al final un contingente de húsares los puso en fuga. El *Times* de Londres dio gran importancia a la noticia, describiendo a Hase y sus amigos como una "turba de varios miles" y como "chusma ignorante". El vitrioli-

co lenguaje puesto de moda por James Mill sirvió así como herramienta de discurso —entre las clases medias— en los turbulentos meses del cólera.⁸²

Al enfrentar el cólera en sus tierras, la comunidad médica británica (y europea) no sabía qué hacer. Aunque algunos habían estado en la India y presenciado epidemias de cólera, no sabían si esta enfermedad febril era contagiosa (es decir, si se transmitía directamente de una persona a otra) o si respondía a causas que favorecían cierta predisposición. Si el nuevo cólera era contagioso, la lógica médica y administrativa —teniendo en cuenta cómo se había combatido la peste bubónica en el siglo diecisiete— requería cuarentenas y cordones sanitarios.⁸³ Pero bien sabía todo británico, desde la época del bloqueo continental impuesto por Napoleón, que la prosperidad de Gran Bretaña dependía de su flota mercante y de la libertad de comercio internacional. Afortunadamente para el bienestar comercial de Gran Bretaña, existía una explicación que no mencionaba el contagio.

En 1817-1819, una década antes de que el cólera atacara Inglaterra, alguien había desempolvado el argumento galénico acerca de las causas de predisposición y los no naturales para aplicarlo a la "enfermedad irlandesa" que entonces asolaba la más antigua colonia de Inglaterra. Quizá la enfermedad fuera el tifus, la enfermedad de la suciedad. En esa época se notó que ricos miembros de ascendencia protestante y angloirlandesa habían escapado ilesos de la epidemia, aunque decenas de miles de católicos pobres habían perecido. Asociando el catolicismo "supersticioso" con la pobreza y la muerte por enfermedad, y contrastándolo con el protestantismo "ilustrado", la riqueza y la buena salud, se fortaleció la credibilidad de la "predisposición".⁸⁴ Pero en la India, como veremos, la noción de predisposición —con su énfasis en los individuos— sería sustituida, en aras de lo políticamente correcto, por una explicación que enfatizara la importancia del "lugar".

A fines de 1831, con la llegada del cólera a Sunderland, y luego a Newburn y Newcastle-upon-Tyne, se tornaron evidentes muchas percepciones e ideas conflictivas acerca de la enfermedad. El doctor David Craigie viajó desde Edimburgo para investigar la situación del cólera en Newburn, Nortumbria. Según Craigie, durante el ataque inicial, en que perecieron veintitrés personas (de cuarenta y seis pacientes), una de las víctimas era el respetado y virtuoso vicario de Newburn. Craigie descubrió que durante un segundo ataque epidémico, cuando hubo 356

víctimas, también había gran mezcla de tipos sociales. En su estimación, la mayoría de las gentes de Newburn eran "buenos especímenes de la raza humana, en tamaño, figura y vigor". Sus ocupaciones incluían el trabajo en vidrio, el comercio de carbón y la agricultura. Atestiguando que "vi a muchos jóvenes robustos de ambos sexos atacados por la enfermedad, y muchos muertos", Craigie negaba enfáticamente que el cólera atacara "sólo a los débiles, los abatidos y los licenciosos" o que sus víctimas se caracterizaran por un "hábito o predisposición especial" a la enfermedad.⁸⁵

Pero, en la misma revista médica donde Craigie había publicado su informe, un corresponsal señalaba que "dueños de minas, carboneros y otros comerciantes" de Durham, Nortumbria y Newcastle habían advertido a los reporteros médicos que su afirmación de que el cólera era una enfermedad nueva, quizá contagiosa, traída en barco desde la India, era "un juicio precipitado, ignorante y erróneo". Después de esta diatriba de los influyentes empleadores locales, un comité de dieciocho médicos "ha dado, se dice, su opinión unánime en una reunión pública". Según esta opinión, la enfermedad no era la epidemia india, sino una fiebre inglesa que no requería una respuesta administrativa que interrumpiera el comercio y los embarques. Pasmado ante esta concesión servil a los capitalistas locales, el reportero especializado sólo podía aconsejar a sus colegas de otras partes, "cuyos sentimientos e intereses personales no estuvieran relacionados con el asunto", que tomaran nota de lo que había sucedido y actuaran en consecuencia.⁸⁶

Lo hicieron. Después de noviembre de 1831, asesorado por médicos que a la vez eran asesorados por comerciantes y banqueros interregionales, el gobierno vio el cólera como "no contagioso". Era una variante de una fiebre inglesa que atacaría a quienes tenían predisposición a ella por su vida inmoral, su pobreza, su olvido de los valores familiares, sus opiniones sobre asuntos políticos y sus excesos en la bebida.

Las juntas sanitarias locales abordaron estas causas de predisposición al realizar campañas preventivas y de limpieza entre las clases trabajadoras durante los meses del cólera. Continuando la campaña antialcohólica de John Dunlop y sus simpatizantes, hombres de la incipiente clase media pertenecientes a las juntas locales de salud advirtieron a los trabajadores que las primeras víctimas del cólera eran siempre los que habían bebido licores fuertes.⁸⁷

En Oxford, unos días antes de la llegada del cólera, la junta de salud clavó letreros con advertencias para

todos los borrachos y juerguistas [...]. Se os informa por tercera vez que la muerte y la ebriedad van de la mano [...] la muerte ataca con sus dardos más firmes y rápidos a los licenciosos y los bebedores.⁸⁸

Escribiendo sobre el este de Londres, el doctor Thomas Southwood Smith, médico influyente y amigo de Bentham, afirmó que las fiebres (el cólera era para él una mera variante de la fiebre) eran causadas por la inmoralidad (el sexo y la botella), por la falta de criterio y por los malos hábitos de la víctima.

Esta situación era general en ambos reinos. Los ideólogos y los liberales incipientes, aprovechando la oportunidad brindada por el cólera, actuaron enérgicamente para aplastar el mundo moral de las clases artesanas. En aras de la "respectabilidad" de clase media, pusieron fin a las actividades deportivas y clausuraron los establecimientos donde bebían los trabajadores.⁸⁹

En la introducción de este capítulo enfatice la importancia de eludir el enfoque liberal o *whig* de la historia médica. Aquí, como ejemplo, tenemos la venganza de la clase media contra los bebedores de clase baja. En la interpretación médica moderna, se entiende que cualquier exceso en la bebida o la comida puede producir un trastorno estomacal que quizás impida provisoriamente que ese órgano secrete el antídoto apropiado para el *Vibrio cholerae* invasor. Sin embargo, para los moralistas de 1831-1832 —que por cierto no sabían nada sobre las respuestas biológicas a las amenazas biológicas—, los toscos trabajadores, con sólo beber una copa, cometían un acto de inmoralidad que necesariamente los predisponía para enfermarse y morir de cólera.

Los ideólogos no sólo atacaron la bebida sino los hábitos funerarios de los trabajadores. En la cultura comunitaria popular, eran sumamente importantes el lavado del cuerpo, el velorio, la asistencia al funeral y la procesión hasta el cementerio en reconocimiento de la común humanidad de vivos y muertos. Dados los horarios de trabajo y la necesidad de traer parientes de lugares distantes, la ceremonia podía durar más de una semana. Pero las regulaciones administrativas impulsadas por la minoría moralista, que se proponía destruir el mundo de los artesanos (considerado una reliquia de la edad oscura), exigían la entrega de los cadáveres

de las víctimas de cólera, para someterlos a medidas de precaución. Escribiendo sobre los escalofriantes espectáculos que había presenciado en 1832, el párroco de St Stephen's, en la calle Coleman de Londres, recordaba cadáveres puestos en cal en ataúdes de donde minutos después brotaban líquidos horribles mientras los asistentes –fortalecidos por bebidas espirituosas– los llevaban a carros que aguardaban en la calle. Luego los sepultaban en tierra no consagrada, en lugares desconocidos para familiares y amigos.⁹⁰

Las cifras de que disponen los historiadores (la Oficina General de Registros sólo se fundó en 1837) sugieren que 31.474 personas murieron de cólera en Inglaterra, Gales y Escocia en 1831-1832. Sin embargo, lo que sabemos sobre las actitudes hacia el cuerpo humano y la burocracia oficial sugiere que muchas víctimas del cólera eran arrebatadas a sus garras y sepultadas de modo honorable. En Sheffield, en 1835, meses después de que los ideólogos olvidaron convenientemente el paso del cólera, hombres de trabajo aseguraron que sus muertos de cólera no serían olvidados. Por medio de organizaciones de voluntarios, levantaron un monumento a 339 víctimas, “nuestros parientes, nuestros vecinos [...] nuestros amigos”, que habían sido sepultados en tierras no consagradas “de las afueras” en 1831-1832.⁹¹

Durante la primera epidemia de cólera, los ingleses comunes vivían a la triste sombra de las discusiones que condujeron a la enmienda de la ley de pobres. Sintetizando el modo en que los ideólogos interpretaban las estipulaciones anteriores, Jeremy Bentham había declarado fatuamente que

En este país, según las leyes de pobres, todo hombre tiene derecho a ser mantenido, en carácter de indigente, a costa del público: derecho por el cual, con muy pocas excepciones, se lo mantiene en el ocio.⁹²

La pregunta era quién debía pagar el coste de mantener con vida a gente desempleada, si los contribuyentes con propiedades o los familiares de los afectados. La vieja solución, basada en modificaciones de la ley isabelina de 1601, estipulaba que cada parroquia era responsable de socorrer a los necesitados. En una época en que la expectativa de vida al nacer rara vez superaba los cuarenta años (reduciéndose a treinta y cinco después de mediados del siglo diecisiete), la idea isabelina de que los ancianos, los

tullidos, los discapacitados, los huérfanos y otros impedidos tuvieran derecho a la ayuda parroquial parecía razonable. Pero la capacidad para enfrentar el problema disminuyó bajo la presión gemela del incremento masivo de población después de 1780 y las consecuencias (hordas de desposeídos) del patriotismo agrario patrocinado por el gobierno.⁹³

Fue el secretario de confianza de Jeremy Bentham, Edwin Chadwick (un abogado de Manchester que aspiraba a hacer carrera en el gobierno), quien se encargó de crear un nuevo sistema de socorro para los pobres que mantendría la ficción de que Inglaterra era un país cristiano al tiempo que satisfacía las necesidades ideológicas de las clases propietarias. Aunque se había celebrado una audiencia preparatoria antes de la epidemia de cólera –causando gran preocupación entre los posibles afectados durante la epidemia–, no fue hasta que el tamaño de la nación política inglesa se amplió, otorgando el voto a la clase media urbana más acaudalada (por la ley de reforma de 1832), que se pusieron en marcha audiencias parlamentarias en gran escala.

El resultado final, la enmienda a la ley de pobres de 1834, creó un sistema nacional (en 1845 se crearía un sistema escocés) basado en agrupamientos de parroquias. La gestión estaba en manos de guardianes elegidos por votantes que eran contribuyentes municipales de peso. Los propietarios que pagaban impuestos altos podían tener hasta seis votos; los menores sólo uno. Tal como resultaron las cosas, estos guardianes (palabra procedente de la autoritaria clase guardiana de Platón) adoptarían todas las nuevas funciones que el gobierno central delegara en las localidades. Pero, como eran elegidos en el entendimiento de que su principal función era mantener bajos los impuestos municipales, los guardianes detestaban emprender cualquier proyecto que requiriese dinero. En agosto de 1833 el gobierno central ya había anunciado que cualquier aparición futura del cólera “quedaría librada a la prudencia y buenos sentimientos de aquellas comunidades donde ocasionalmente pueda manifestarse”.⁹⁴

La nueva ley de pobres ordenaba la construcción de asilos donde las condiciones de vida serían tan sórdidas que ninguna persona en buen estado físico optaría por ingresar. Siguiendo el principio chadwickiano de “menor elegibilidad”, la gente que se ofrecía voluntariamente para este encarcelamiento usaba uniforme, recibía un mínimo de comida, tenía prohibido el alcohol y el tabaco, no podía leer nada salvo la Biblia y era hostigada por

predicadores laicos obsesionados con la religión. Peor aún: en un tiempo en que las clases medias ensalzaban la unión familiar, los internos eran segregados por sexo para combatir el aumento de la población. En la práctica esto significaba que parejas de ancianos que habían estado casados toda su vida adulta debían vivir separados y, según los caprichos del bedel, quizá nunca pudieran verse de nuevo.

La respuesta de la gente común fue calificar estos asilos de "bastillas" y mantenerse lejos de ellos. Al cabo de una generación, la idea de que ingresar en un asilo era degradante, deshonesto y depravado se había integrado al sistema de valores de la clase trabajadora. Era preferible morir de hambre o suicidarse en casa. Escribiendo sobre la situación de los asilos para pobres durante la epidemia de cólera de 1848-1849, William Farr (hijo de una familia trabajadora rural y encargado del Registro General desde 1837) sostenía que allí las tasas de mortalidad por cólera eran el doble o el triple que en el resto de la población. Cuando el Parlamento rechazó el reclamo obrero de reforma parlamentaria (la petición de los *Chartists* de 1838-1839),* se perdió toda esperanza de restaurar la justicia social para los pobres. Decepcionados, miles de ingleses, incluidos mis parientes de Nortumbria, iniciaron su migración masiva a América del Norte.⁹⁵

Antes del fracaso de los *Chartists* en Westminster, la lengua acerba de Edwin Chadwick, promotor de la ley de pobres, resultó excesiva aun para sus mentores aristocráticos. Pero, en vez de condenarlo a la oscuridad, le prometieron el puesto máximo en salud pública. Usando la posición adquirida con la ley de pobres para acomodarse en su nuevo empleo, Chadwick supervisó la creación de una comisión real para estudiar la salud de los poblados ingleses. Sabiendo de antemano que deseaba demostrar que la ley de pobres había resuelto el problema de la pobreza, obligando a los perezosos a ganarse el pan con su trabajo, Chadwick utilizó su afinado talento de manipulador para reunir testigos cuyas declaraciones le dieran la razón. Los testimonios que nos han dejado las audiencias sugieren que ningún testigo se atrevía a sostener que la pobreza aún existía o que decenas de miles de personas que care-

* *Chartism*: movimiento obrero inglés que debe su nombre al People's Charter ("Carta del Pueblo"), redactado por el militante William Lovett en 1838. (N. del T.)

cían de lo elemental morían por enfermedades asociadas con la desnutrición. Chadwick no podía ocultar la realidad de la enfermedad entre las masas —aún se presentaban informes forenses— pero, para demostrar que había solucionado este problema, sostuvo que todas las enfermedades eran causadas por miasmas. Con esto, estaba en camino de lograr la aprobación oficial del gobierno para el enfoque sanitario.⁹⁶

Al preparar su informe sobre las condiciones sanitarias urbanas (cuando se publicó en 1842, fue una especie de superventas entre las clases medias), Chadwick consideró adecuado recibir el asesoramiento de dos médicos formados en Edimburgo. Uno era James Phillips Kay (Kay-Shuttleworth), cuyo temor paranoico a las víctimas del cólera de Manchester de 1832 ("la deformidad de los males") citó al principio de esta sección. El otro asesor médico de Chadwick era Thomas Southwood Smith, el anatomista de Bentham, un experto en pseudoconocimiento que sostenía que todas las fiebres, incluido el "cólera", eran diferentes manifestaciones de la misma enfermedad, causada por miasmas. Margaret Pelling sostiene que Southwood Smith fue el principal responsable de dar coherencia a ese embrollo de ideas que luego se conoció como "ideal sanitario".⁹⁷

Poco después de la publicación de su informe sobre la salud de la población trabajadora de Gran Bretaña (1842), Chadwick abandonó su alianza con los médicos y se unió con un ingeniero sanitario que tenía una consultoría en Holborn & Finsbury. A partir de entonces el ingeniero John Roe fue el único que tuvo acceso a Chadwick para indicarle el mejor modo —y, para Chadwick, el *único modo posible*— de mejorar la salud en las ciudades británicas.⁹⁸

En el proyecto Roe-Chadwick, el modo de fomentar la salud pública consistía en construir una red de cloacas y tubos de suministro de agua instalados bajo las calles. Chadwick tenía dos justificaciones para esto. La primera era que, como todas las enfermedades eran causadas por los miasmas que surgían de la materia animal y vegetal en decadencia, al eliminar la causa del hedor, el genio de la ingeniería (no el de la medicina) eliminaría la principal causa de la enfermedad. Más aún, al eliminar la causa de la enfermedad (miasmas), el genio de la ingeniería eliminaría una de las principales causas de la pobreza y así reduciría la disolución familiar, el alcoholismo y la cantidad de adolescentes desnutridos que se entregaban a una vida delictiva siguiendo al jefe

de una pandilla. La segunda justificación de Chadwick era que, como su panacea sólo requería cavar zanjas e instalar tubos en calles públicas, habría un mínimo de conflicto con los derechos legales de los propietarios de las barriadas y de los grandes aristócratas (como los Russell) que poseían la mitad del elegante West End londinense.⁹⁹

En el largo plazo, se puede suponer que el proyecto chadwickiano de llevar los excrementos lejos de las zonas edificadas y las fuentes de agua potable surtió cierto efecto, al menos en los pocos poblados donde se instalaron tuberías. Pero, como Chadwick no se preocupó en ningún momento por el cólera, salvo como agua para su molino propagandístico (a fin de cuentas, no era médico), sólo merece un crédito simbólico por toda mejora que haya producido en la salud británica general. Para él —como para la Comisión de Enfermedades de la India en 1891 (Thomson, Rake, Buckmaster)—, el cólera era sólo un indicador social, más que una enfermedad que tuviera interés científico en sí misma.

Aparte de su abrasiva personalidad, que en 1854 le valió la pérdida de su puesto (esta vez para siempre, aunque vivió hasta 1890), el problema de Chadwick era que ni él ni sus mentores aristocráticos ni sus amigos de clase media tenían interés en crear el clima de opinión necesario para promover ideas médicas innovadoras, ni siquiera innovaciones en ingeniería civil (agua y cloacas). Careciendo de paradigmas comunes acerca de aquello que los posmodernos consideran conocimiento y práctica científica creíble, los médicos e ingenieros de Gran Bretaña andaban a tientas. Entre tanto, el cólera continuaba con sus invasiones mortíferas.¹⁰⁰

En Londres, John Snow de York, a quien retrospectivamente se atribuye la publicación de útiles estudios sobre el agua potable y la materia fecal como agentes causales del cólera de 1849 y 1854, no se molestó en respaldar su hipótesis con análisis microscópicos. En esa época, sin embargo, había microscopios en la Universidad de Gotinga. Así que le tocaría al prusiano Robert Koch, un experto en los métodos de Gotinga, realizar los experimentos de laboratorio necesarios para respaldar sus corazonadas iniciales.¹⁰¹

Si el enfoque acientífico de Snow resulta llamativo, lo mismo podemos decir de las decisiones de Joseph Chamberlain en Birmingham. Chamberlain, presunto evangelista de la renovación urbana, permitió que los concejales prohibieran la instalación de *water closets* (nuestros modernos inodoros). Esta decisión se tomó

con el pretexto de que los *water closets*, que debían conectarse con un sistema subterráneo de cloacas, eran mucho más costosos que las bacinillas portátiles en uso. El contenido de estos arcaicos recipientes se debía guardar en cajas que eran periódicamente recogidas por carros.¹⁰²

En 1848-1849 el cólera regresó a Gran Bretaña. El organismo oficial encargado de enfrentarlo era la Junta General de Salud, encabezada por su único miembro ejecutivo pago, el incisivo Edwin Chadwick. Los encargados locales de enfrentar la crisis eran los guardianes de la ley de pobres, elegidos por su distrito y siempre leales a su compromiso de no gastar dinero para no aumentar los impuestos. El cólera avanzó por Inglaterra burlando estas inexistentes defensas y ensañándose con los ancianos de los asilos para pobres. Según estadísticas oficiales, esta epidemia dejó unos 62 mil muertos, casi el doble de 1831-1832.¹⁰³ Escribiendo acerca del impacto de este episodio sobre la sensibilidad de los hombres de su rango y clase, un caballero llamado Thomas Frost opinó:

Pero estábamos acostumbrados a estos males desde la época de los Plantagenet, y aunque se habían intensificado con el incremento de la población y el crecimiento de las grandes ciudades, Malthus nos había enseñado que la epidemia era uno de los medios usados por la divina providencia para impedir que el número de seres humanos superase los medios de subsistencia.¹⁰⁴

El cáustico James Mill no pudo decirlo mejor.

En 1853-1854 el cólera retornó con gran fuerza, atacando ahora Newcastle, a poca distancia de donde su predecesor había sembrado el caos treinta y dos años antes. Los encargados de defender la vida de los 90 mil habitantes de Newcastle y decenas de miles más en los condados circundantes eran los guardianes, cuya actitud no había cambiado. Cuando el cólera asoló Newcastle en agosto de 1853,

El efecto sobre la ciudad fue devastador. Se comentó que los negocios estaban "totalmente estancados". La gente de la campiña circundante se mantenía alejada de la ciudad y los mercados importantes contaban con muy poca concurrencia. Los que podían hacerlo cerraban sus casas y huían a otros sitios para escapar del cólera. Los médicos trabajaban día y noche, a menudo abrumados no sólo por el agotamiento sino por la

náusea, sobre todo de noche, cuando la gente vaciaba sus desechos en las zanjas de la calle [...] la gente de los distritos más pobres estaba naturalmente aterrada [...] los cementerios no podían manejar la cantidad de muertos [que al final totalizaron 1.527].¹⁰⁵

En 1866 el cólera regresó una vez más, en esta ocasión atacando a la población de la mayoría de los condados. Como en 1853-1854, la defensa contra la enfermedad era inexistente. Sin embargo, como resultado de la emergencia generada por la inminente llegada del flagelo, el Parlamento al fin logró aprobar una ley que permitía (no exigía) que las autoridades locales comprasen bombas de agua y designaran funcionarios médicos de salud. Cuando al fin se aprobó una legislación compulsiva (la ley de salud pública de 1862), apoyada por la ley de salud pública de Benjamin Disraeli en 1875, los concejales tuvieron motivos para temer que sus ahorros personales fueran confiscados por los tribunales para entregar compensaciones a los demandantes cuyos intereses estaban reñidos con las medidas sanitarias de los concejales.¹⁰⁶ En esto, la comunidad legal, el tercer grupo profesional implicado en la lucha contra el cólera (junto con los médicos e ingenieros), se estaba haciendo oír. Los abogados y jueces, que gozaban de buena posición económica y vivían y trabajaban en zonas donde podían evitar todo riesgo personal de enfermedad, entendían que los expertos en medicina e ingeniería civil eran los encargados de solucionar el problema del cólera. A su modo de ver, su responsabilidad consistía en proteger los derechos de ley consuetudinaria de los terratenientes. Con su rígida defensa de estos principios del siglo doce, los abogados y jueces impedían que las autoridades municipales brindaran a la gente común agua potable limpia y sistemas cloacales que funcionaran. Entre tanto, en 1861, el príncipe consorte nacido en Alemania, Alberto, falleció en Windsor por causa de un mal (fiebre tifoidea) transmitido por el agua.¹⁰⁷

En definitiva, es asombroso que los ingleses no fueran diezmados regularmente por el cólera epidémico en las décadas que siguieron al ataque más grave, el de 1866-1867, que dejó 14 mil muertos.¹⁰⁸ Aparte de las contingencias del azar (el cólera es un gran jugador), lo que quizá salvó a los ingleses fue la imposición de cuarentenas muy rigurosas en la ruta de la India.¹⁰⁹ Después de la reunión internacional de la comisión de control del cólera en Estambul (1866) y el establecimiento de severas cuarentenas por

los egipcios que trabajaban en el Canal de Suez después de su inauguración en 1869, las naves inglesas debían permanecer en el mar si alguno de sus tripulantes o pasajeros moría de cólera. Sin embargo, ministros ingleses de espíritu mezquino, como lord Granville, aclararon que el acatamiento de las cuarentenas era una flagrante violación de los principios del libre comercio tal como estaban expuestos en la legislación parlamentaria de 1846.¹¹⁰ Recordando esta descarada desconsideración inglesa por lo que otros países entendían como conducta civilizada, volvemos a la India británica después de la Rebelión.

El cólera en la India después de 1857

Escribiendo el año en que el cólera atacó Inglaterra por primera vez (1831-1832), el intelectual indio Jambhekar comentó los logros de la ciencia occidental. Parafraseando a T. Raychaudhuri, Jambhekar sostenía que

los habitantes de Europa habían obtenido "eminente superioridad [...] sobre el resto del mundo, en casi todas las facetas de la ciencia" por medio de la abnegada dedicación de individuos intrépidos a la búsqueda del conocimiento. Sus desinteresados esfuerzos se sumaban al acervo del conocimiento humano y promovían "el bien del hombre, mediante descubrimientos e inventos que amplían sus poderes, o le permiten ser más útil a sus congéneres".¹¹¹

Lamentablemente, entre la mayoría de los ingleses que participaron en el gobierno de la India antes de 1920, la realidad era un poco distinta. Sus fracasos se debían a una rígida clasificación de las categorías del conocimiento. Cuando en 1859 las reformas posteriores a la Rebelión dieron control directo de los asuntos indios al gobierno de Gran Bretaña, terminando con las chapucerías de la Compañía de las Indias Orientales, los especialistas a sueldo que iban a realizar una tarea específica invariablemente la llevaban adelante sin reparar en lo que hacían los demás. Dada esta actitud mental, toda comprensión holística de los problemas de la India (25 millones de muertos por el cólera) era claramente imposible. Dejando de lado el papel de los caballeros capitalistas (los auténticos britanos), podemos identificar dos grupos profesionales

que contribuyeron más que ningún otro a los mortíferos triunfos del *Vibrio cholerae*: los ingenieros (militares y civiles) y los médicos.¹¹²

Donde el cólera era endémico —como en los bajos del Ganges—, la interacción entre las obras de ingeniería y el *Vibrio cholerae* era casi cotidiana, dejando algunos muertos. Pero en cualquier región asolada por una de las grandes hambrunas periódicas de la India, la mortandad del cólera podía ser muy elevada. David Arnold procuraba explicar algunas correlaciones cuando señaló:

Una de las ilustraciones mejor documentadas de la relación entre el cólera y la hambruna viene de la Presidencia de Madrás durante la década de 1870. Desde unas escasas 840 muertes denunciadas en 1873 [...] el total de la provincia se elevó rotundamente a 94.546 en 1875, con el comienzo de un nuevo ciclo epidémico. En 1876 la mortalidad llegó a 148.193 [...]. La epidemia alcanzó su pico en 1877 con 357.430 muertes (un 12,24 por mil de la población) antes de descender a 47.167 en 1878 [...]. En 1877 los diez distritos más afectados por la hambruna tenían una tasa de mortalidad por cólera del 18 por mil, mientras que los cinco distritos donde la hambruna llegó después promediaban el 11.¹¹³

Pero lo que Arnold no señaló era que en tiempos de hambruna, la institución conocida como PWD (el Public Works Department o Departamento de Obras Públicas) tenía la responsabilidad de supervisar el auxilio. Según los principios establecidos por el gobierno, hombres, mujeres y niños hambrientos debían abandonar sus aldeas para dirigirse a campamentos donde les asignaban tareas que implicaban un agotador esfuerzo físico. En la práctica esto significaba que, durante una hambruna, decenas de miles de personas se podían reunir en una sola localidad. Noventa y nueve veces de cada cien estos campos de trabajo carecían de provisiones de agua potable segura; esta situación era ideal para el cólera. Durante la terrible hambruna de 1897, en Oudh y en las provincias del noroeste, un millón y medio de personas trabajaba en proyectos de asistencia del PWD. Tres años después, escribiendo sobre la hambruna de 1900, cuando numerosas cuadrillas fueron empleadas en proyectos del PWD, el comisionado sanitario de las provincias centrales declaró una verdad general. El cólera era "una enfermedad que encuentra su principal aliado en el hambre".¹¹⁴

En un campo administrado por el PWD que seguía principios chadwickianos de "menor elegibilidad", las personas sólo obtenían comida, aunque estuvieran muy desnutridas, si cavaban duros suelos para obras viales o canales de irrigación. Si se negaban, se consideraba que habían reprobado el "test laboral" y eran eliminadas de las listas de los que podían solicitar alimentos. Durante la hambruna de Madrás, en la década de 1870, el funcionario sanitario local, el mayor cirujano Cornish, insinuó que la cantidad de comida ofrecida a los trabajadores era insuficiente para personas que "realizaban gran esfuerzo físico". En respuesta, el investigador especial del gobierno, sir Richard Temple, alabó a Cornish por citar "teorías científicas abstractas" sobre la cantidad de comida requerida por los europeos normales, pero señaló que los indios se habían arreglado con mucho menos alimento "desde tiempo inmemorial". Temple impuso sus medidas ahorrativas y obtuvo un ascenso, llegando a ser vicegobernador de Bengala.¹¹⁵ Para ser justos con él, señalemos que la investigación de los requerimientos alimenticios para mantener a la gente saludable no interesó a ningún científico europeo hasta la década de 1880 (en este caso alemán). En Gran Bretaña, el primer estudio de requerimientos nutricionales humanos se publicó sólo en 1933.¹¹⁶

En 1935, cuando al Raj aún le quedaban doce años de existencia, un comité sobre nutrición designado por la Corona descubrió que:

Hay pruebas abundantes de que una gran parte de la población está desnutrida y esto [...] no sólo afecta la energía mental y física de cada individuo sino que aumenta la morbilidad y mortalidad de las diversas infecciones a las que él [*sic*] está sujeto. Más aún, cuanto más se investiga el asunto, más reconocemos víctimas de la enfermedad debidas a deficiencias alimentarias específicas. Por otra parte tenemos el bajo estatus económico de la población [...] un factor [...] de excepcional importancia.¹¹⁷

Oxfam y otras organizaciones no gubernamentales de asistencia han aceptado desde los años ochenta que la desnutrición (que aumenta la predisposición de una persona hacia el cólera) y el hambre (que lleva a la muerte por falta de alimentación) son desastres causados por el hombre y no resultado de fenómenos naturales.¹¹⁸

En 1881, un tal Alexander Fraser, ingeniero real a punto de retirarse de su puesto en las provincias del noroeste y Oudh, realizó una evaluación del trabajo de asistencia del PWD en tiempos de hambruna. Fraser sugirió que era descabellado, incluso criminal, llevar gente hambrienta a un gran centro de trabajo, donde estaría expuesta a una enfermedad letal, con la expectativa de que realizara inusitados esfuerzos manuales. Recomendaba brindar asistencia a la gente en sus aldeas. Yendo más lejos, sostenía que era más humanitario y profesional limitar los requerimientos laborales a los padres de familia y permitir que los artesanos continuaran con sus tareas habituales —que los tejedores tejieran, que los carpinteros trabajaran la madera, que los fabricantes de ladrillos fabricaran ladrillos— en vez de obligar a cada hombre, mujer y niño a cavar zanjas o padecer hambre. Como el ingeniero expresaba torpemente, “creo que lo principal en toda organización de asistencia al hambriento no consiste en adoptar medidas que tiendan a disgregar la vida de la gente, y si esto es así, *nuestro gran sistema de grandes casas centrales de trabajo y grandes centros de obras debe ser despreciado*”.¹¹⁹

Respondiendo a esta incisiva crítica del dogma chadwickiano, el mayor Colin Scott Moncrieff, un ingeniero real que pronto viajaría a Egipto para infligir su manía por la irrigación a los habitantes del Nilo, replicó groseramente: “¡Pamplinas, pamplinas!”. Parece que Scott Moncrieff calculó que era más conveniente para sus intereses profesionales aprovechar las oportunidades que presentaba la hambruna para fortalecer el PWD a despecho del coste en vidas subalternas.¹²⁰ El mismo año, el “auténtico britano” responsable ante el Parlamento de supervisar las finanzas de la India, un tal Evelyn Baring (luego lord Cromer, de Egipto), señaló que “todo intento benévolo [que hemos] hecho para mitigar los efectos del hambre y la sanidad deficiente sólo sirve para aumentar los males procedentes del exceso de población [malthusiano]”.¹²¹

En un capítulo donde tratan las relaciones de la India con sus acreedores ingleses en 1858-1914, Cain y Hopkins descubrieron que el pago de la deuda, los intereses, las pensiones y demás necesitaban la transferencia, de los contribuyentes indios a Inglaterra, de varios millones anuales de libras esterlinas. Consciente de ello, pero quizá temiendo que lo implicaran, en 1881 sir Thomas Secombe, funcionario económico retirado con cincuenta años de experiencia en la India, declaró ante un comité de la

Cámara de los Comunes que “la muy errada idea de que el pueblo de la India paga un *tributo* de 15 ó 16 libras esterlinas anuales a este país [...] es, en mi opinión, una aplicación equivocada de los términos”. Sin embargo, es mejor llamar las cosas por su nombre. Y hay otras cosas que merecen otro nombre. En general los déficit comerciales de la India se compensaban con las ganancias procedentes de la gran cantidad de opio cultivado en la India que los británicos vendían compulsivamente a los chinos. Según la estimación de Evelyn Baring, las ganancias procedentes del opio sumaban un décimo de los ingresos brutos de la India.¹²²

Como temían que la falta de pagos en la India causara una crisis en el mundo económico inglés, los hombres que tenían las riendas después de la Rebelión estaban singularmente nerviosos. Escribiendo en 1869-1871, el gobernador general lord Mayo advertía:

Sostenemos la India por un hilo. En cualquier momento puede surgir un peligro grave. Ahora debemos 180 millones de libras esterlinas, más del 85 por ciento de los cuales están retenidos en Inglaterra. Agreguemos 100 millones más y un desastre indio provocaría consecuencias similares a la cancelación de la mitad de la deuda nacional. La pérdida de la India o una parte de ella no sería nada en comparación con la ruina que sufriría Inglaterra.¹²³

Dado que gran parte de los 150 millones de libras esterlinas “retenidos en Inglaterra” daban a los caballeros capitalistas una sólida ganancia anual del 5 a 7 por ciento, uno entiende por qué se consideraba que la India era la Joya de la Corona. Gran parte de esta deuda pendiente consistía en préstamos para la construcción de infraestructura.

Entre los importantes trabajos de infraestructura que daban empleo a los ingenieros de la India estaba el tendido de vías férreas, acompañado por la destrucción de bosques enteros. A partir de una base de pocos kilómetros en tiempos de la Rebelión de 1857-1858, en 1887-1888 se habían tendido 23 mil kilómetros de vías. En 1893-1894, el kilometraje había ascendido a 30 mil. Pero, como David Hardiman ha señalado recientemente, en tiempos de hambre, el acceso a una estación ferroviaria no significaba necesariamente que el gobierno llevara comida para alimentar a los hambrientos. Al contrario, habitualmente el gobierno citaba su doctrina del libre comercio y la no interferencia y no hacía

nada para impedir que los empresarios locales —que habían mordido con fuerza la manzana europea del individualismo posesivo— usaran el ferrocarril para trasladar reservas alimenticias desde los lugares donde había escasez hasta otra parte del país donde cobrarían un precio más alto.¹²⁴

Suplementando estas medidas criminales, los funcionarios del gobierno con frecuencia alegaban que pocos indios morían de hambre. En realidad morían por enfermedades relacionadas con la suciedad, como el cólera que acompañaba las hambrunas. Las autoridades también afirmaban reiteradamente que no había “pruebas empíricas” de que los agentes causales del cólera (fueran cuales fuesen) viajaran por ferrocarril. A su modo de ver, en la era del vapor las epidemias no avanzaban más rápidamente que en épocas anteriores. En esta ficción, la autoridad angloindia basaba su posición, aun en 1892, en los escritos de Max von Pettenkofer, experto alemán en cólera y contaminación de suelos. Sin embargo, ese año, los sucesos impulsados por ferrocarril que provocaron la gran epidemia de cólera de Hamburgo (trece muertos por mil) demostraron que Pettenkofer estaba desastrosamente equivocado.¹²⁵

Además de tender vías férreas, los ingenieros reales y civiles supervisaban la construcción de masivas redes de canales de irrigación. Partiendo de los gigantescos proyectos en el norte y el este costero, en la década de 1830, el proyecto de irrigar la India cobró impulso después de 1862, cuando sir Richard Strachey fue designado director del PWD (creado en 1854). Strachey, que no era precisamente de los que ocultan sus opiniones, declaraba sin ambages que no se construiría ningún canal a menos que la inversión prometiera ser rentable. Habría ganancias directas (pago de intereses sobre préstamos y recaudación de impuestos en tierras mejoradas) e indirectas (ganancias sobre productos irrigados como el algodón, cultivado especialmente para exportarlo a los telares de Manchester).¹²⁶

Escribiendo en 1888, John Strachey, hermano de sir Richard, observó que 25 mil kilómetros cuadrados de la India eran irrigados por 45 mil kilómetros de canales. Siete años después, en el informe anual sobre el “progreso moral y material de la India”, se señaló que ahora había 22 mil kilómetros de grandes canales, suplementados por 42 mil kilómetros de canales menores, todos construidos bajo supervisión del PWD con dinero prestado por los caballeros capitalistas de Londres. Escribiendo sobre los cientos

de kilómetros de canales del Punjab en 1904, alguien comentó que todos los canales grandes, con una excepción, rendían una ganancia neta de 7,15 por ciento en comparación con la inversión. Gran parte de esto se había logrado alterando totalmente la ecología de la región.¹²⁷

Alabando las obras de su hermano, sir John Strachey sostenía que “jamás se han emprendido obras públicas de más noble utilidad”. Sin duda, la India iba camino de convertirse en el territorio más irrigado del imperio: en 1901, el 20 por ciento de sus territorios cultivados se regaba por irrigación.¹²⁸ También era el rincón del mundo donde el cólera cobraba mayor cantidad de víctimas. Es preciso explorar más esta conexión.

Antes de 1899, cualquier funcionario sanitario provincial que sospechara una conexión entre los canales de irrigación y la propagación del cólera —siguiendo los pasos de John Snow, que en 1854 había hecho la prueba de la bomba— sabía muy bien que toda declaración pública sería perjudicial para su carrera. Nadie ignoraba que los grandes hombres de la Comisión Sanitaria del Ejército y del gobierno de la India afirmaban que el cólera era causado *únicamente* por imperfecciones sanitarias locales relacionadas con el mal aire, la mala agua, la mala conservación y los “sucios hábitos” de los lugareños.

En 1877 el propio Edwin Chadwick ratificó que esta idea era correcta en su vitriólico discurso inaugural de la sección de salud del Congreso de Ciencias Sociales. Con esta confirmación, las autoridades repetían una y otra vez que era herético sostener que el agente causal del cólera (fuera cual fuese) se podía importar o que el cólera de Europa era el mismo de la India. En 1881, el doctor J.M. Cunningham (Edimburgo), jefe de la comisión de sanidad desde 1868, lo dijo con claridad: “Cabe decir que cualquier funcionario que sienta el apremio de determinar sus procedimientos según el criterio de ‘contagio’ debería abandonar esta tarea”. Como se entendía en la época, “contagio” era la palabra clave para las cuarentenas y cordones sanitarios terrestres que interrumpirían el comercio indio, en perjuicio del verdadero motivo (economía de ordeño) por el cual los ingleses estaban en la India.¹²⁹

¿Cuáles eran pues los “sucios hábitos” de la gente de la India y cómo se relacionaban con los canales? Naturalmente, la mayoría de la gente, entonces como ahora, consideraba privadas estas cuestiones. En consecuencia, sabemos muy poco acerca de dónde defecaba la gente, cómo disponía de los excrementos, cómo limpiaba

sus partes pudendas, sus dientes, los utensilios de cocina y demás. Dado que el historiador no puede investigar los hábitos de personas hoy muertas mediante la observación personal, debe recurrir a analogías.¹³⁰

Particularmente útil es un estudio realizado en 1967 por Khwaja Arif Hasan en una aldea del norte de la India que él llamó "Chinaura". Aquí el investigador descubrió que hombres y mujeres musulmanes e hindúes salían de madrugada a los campos que estaban cerca de sus casas para hacer sus necesidades. Si había un canal, lago u otra fuente de agua, se acucillaban en las cercanías, tras haber juntado agua para lavarse en un cuenco que llevaban consigo. Al concluir arrojaban el agua, a veces al canal o una piscina de donde luego sacaban agua para beber, lavarse los dientes y asearse. El cuenco se lavaba con lodo, de modo que después pudiera usarse para otros fines, algunos de los cuales implicaban agua que se llevaría a la boca. Como habría notado Robert Koch, estas conductas eran ideales para la propagación del *Vibrio cholerae*.¹³¹

Como complemento de este informe de Hasan sobre los hábitos aldeanos, hay un informe sobre hábitos hinduistas urbanos, escrito en 1880-1881 por Sreenath Ghose, un médico bengalí formado en las ideas médicas occidentales en Calcuta. Según el doctor Ghose, la mayoría de las familias tenían "pozos" internos que vaciaban en la alcantarilla de la calle durante las grandes lluvias. Ghose consideraba que esta práctica era contraria a las "ideas ilustradas de conservación", pero explicaba que en la escuela los hijos de los colaboradores indios aprendían a recitar Shakespeare y Milton y a citar a Bentham y John Stuart Mill, pero nunca aprendían principios elementales de higiene personal. Esta situación permanecería intacta hasta las reformas de Montagu-Chelmsford de 1920, que traspasó la responsabilidad por la educación local a manos indias.¹³²

La mención de la educación, o bien —en el caso de la higiene personal y los canales— la ausencia de educación nos lleva al tema de la calidad de la formación de los ingenieros ingleses en los dos colegios de ingeniería fundados cuando la Corona decidió irrigar la India. Uno era el Thomason College, cerca de Rorkee (en la actual Himachel Pradesh), fundado en 1856. El otro era el Cooper Hill College de Inglaterra, fundado en 1871 para orientar a los alumnos de la escuela pública hacia aquello que la clase media consideraba la muy respetable profesión de la ingeniería. Al margen de la pertinencia de los cursos ofrecidos para quienes se proponían

construir canales en Inglaterra o la Europa continental, uno se sorprende ante la poca atención que el programa de Cooper Hill prestaba a las condiciones geológicas, geográficas y meteorológicas de la India.¹³³

Lo más trágico, dado el inmenso daño que infligió a los habitantes y al territorio de la India, era que no se enfatizara que cada sistema de canales debe ir acompañado por un sistema de zanjás. Como no toda el agua que un canal lleva a un campo se hunde en el suelo de inmediato, las zanjás deben eliminar el agua sobrante para no destruir las cosechas. Además el agua estancada deja residuos salinos que con el tiempo arruinan los campos productivos. Las reseñas bibliográficas sugieren que sólo después de 1930 en la India, y después de 1965 en el Egipto irrigado por los ingleses (ampliando la obra de Scott Moncrieff), los ingenieros comprendieron cabalmente que cada unidad de agua introducida por irrigación requería de un sistema de zanjás para facilitar su avenamiento.¹³⁴

En lo concerniente al cólera, la ausencia de un sistema de zanjás de desagüe contribuía a crear pantanos en grandes extensiones de tierra circundante. Si las deposiciones de un portador del cólera infectaban estas aguas sobrantes, la acción del viento y las olas pronto propagaba la infección por una amplia zona. Señalemos también que estas aguas eran óptimas para la reproducción de los mosquitos. En sus diversas formas, la malaria ha sido la enfermedad más mortífera de la India en los siglos diecinueve y veinte.¹³⁵

Podemos suponer que las zanjás constituían un problema técnico, parte de un conocimiento especializado que los ingleses ávidos de ganancias casualmente no poseían. Pero existía un problema mayor causado por la ausencia de un enfoque holístico. En este contexto, faltaban conocimientos técnicos sobre el modo culturalmente determinado en que los lugareños cultivaban, irrigaban, cosechaban, comercializaban o consumían sus productos. Más trágica aún, en una tierra asolada por hambrunas, era la ausencia de buenos colegios agropecuarios consagrados al estudio de suelos y cultivos, aparte de las necesidades de agua y las preferencias gastronómicas locales. Como un comentarista señaló en 1904, en ausencia de estudios experimentales locales, la mayor parte de la información disponible para los ingenieros procedía de publicaciones del Departamento de Agricultura de Estados Unidos en Washington, D.C. Con el debido respeto, no podemos creer que

gran parte de esa información sirviera de algo para las condiciones climáticas de la India, con sus monzones.¹³⁶

En 1902, mientras la India aún estaba bajo el gobierno del Raj, John Hobson sintetizó la situación. En vez de hablar en tono triunfalista del "despotismo de la costumbre" en Oriente, como había hecho John Stuart Mill en 1859, Hobson señalaba:

La idea de que estamos civilizando la India, en el sentido de contribuir a su progreso industrial, político y moral según nuestra civilización o la de ellos, es un espejismo basado en una falsa estimación de la influencia de ciertos cambios superficiales impulsados por el gobierno y la actividad de un grupo diminuto de extranjeros. El espejismo sólo está sostenido por la sofística del imperialismo, que urde estas falacias para cubrir su desnudez y las ventajas que ciertos intereses obtienen del imperio.¹³⁷

Sofística, espejismo, desnudez, ventajas, intereses: son palabras duras. Pero debemos sumarle otra, cólera, la enfermedad que el imperialismo mantuvo en existencia durante 130 años al coste de 25 millones de vidas indias. Mientras Hobson escribía esas palabras, altas autoridades médicas negaban terminantemente que las devastaciones causadas por el cólera se pudieran detener mediante la aplicación del paradigma de la causación de enfermedades introducido por Robert Koch después de estudiar las aguas infectadas de Calcuta. En 1899 (quince años después de Koch), escribiendo desde la Presidencia de Madrás —donde se habían producido 65.444 muertes por cólera en los últimos doce meses—, el funcionario sanitario tuvo la osadía de sugerir que el microbio del cólera se podía haber transmitido de aldea en aldea "por medio de largos canales propensos a la contaminación debido a los hábitos antihigiénicos de la gente". La Comisión Sanitaria del Ejército replicó agriamente que el informe de Madrás "habría tenido más peso [...] si se hubiera apoyado en estadísticas ['hechos' irrefutables] que demostraran que la apertura [y cierre] de estos canales" guardaba relación con la llegada y partida del cólera. Como bien sabían todos los que cuidaban su puesto, el cólera era generado por defectos sanitarios locales: no era importado.¹³⁸

Estos comentarios despectivos imitaban los que la Comisión Sanitaria del Gobierno de la India había publicado regularmente

durante el largo reinado (1868-1884) de J.M. Cunningham. Este escocés nacido en 1829 en el Cabo de Buena Esperanza (semillero de tensas relaciones raciales) y educado en la Universidad de Edimburgo, era la clase de dinosaurio que las autoridades inglesas solían poner a cargo de los asuntos médicos indios.¹³⁹ Dos funcionarios del Punjab fueron víctimas de su látigo: A.C.C. DeRenzy, expulsado en 1876, y H. W. Bellew, expulsado en 1885. En pocas palabras, ambos adoptaron la idea entonces revolucionaria de que era posible diseñar programas preventivos para mejorar la salud general de la India. A juicio de ambos, la teoría de John Snow acerca del modo de operar del cólera era correcta. Esto significaba que sería más fácil satisfacer las necesidades de las zonas rurales si se brindaba a los aldeanos fuentes seguras de agua potable, sistemas de avenamiento y educación elemental en higiene personal. En el Punjab, de mayoría musulmana, ésta podía encomendarse a los *hakims*. Bellew también pensaba que el estado físico de los aldeanos mejoraría si se les permitía conservar una parte de sus cultivos que fuera suficiente para brindar a sus familias un nivel de subsistencia aceptable. Sin embargo, convencido de que las teorías de Bellew sobre cólera y economía eran "insensatas", Cunningham hizo que el gobierno replicara que

escapaba a los recursos del gobierno aumentar "la comodidad de una parte tan grande de su población [...] es seguro que el intento de hacerlo conduciría a un gran aumento en la cantidad [de personas] de que debemos ocuparnos" [y que] mientras existiera la pobreza, sus consecuencias debían aceptarse como inevitables "por dolorosas que nos resulten".¹⁴⁰

En 1885 a Bellew se le negó el ascenso, así que se retiró a Inglaterra, y en la India no quedó nadie que defendiera la causa de la prevención sanitaria.

En 1889, un interesante artículo apareció en *Scientific Memoirs by Medical Officers of the Army of India*. Escrito por el doctor D.D. Cunningham (con doble n), jefe del laboratorio de investigación fundado recientemente para asesorar a la Comisión Sanitaria de Calcuta, sostenía que la investigación microscópica detallada y prolongada había demostrado que existían "muchas especies de bacilos comunes y que por tanto la teoría de Koch sobre la existencia de un bacilo específico del cólera *debe ser abandonada*". Cunningham admitía que los bacilos de Koch podían, en algunos casos, ser

resultantes del cólera, pero negaba que fueran los agentes causales. En cambio, él y sus superiores optaban por la cauta y vieja explicación de que el cólera era causado por imperfecciones sanitarias locales; era una enfermedad que dependía del lugar más que de los individuos.¹⁴¹

Escribiendo el memorándum concerniente al informe de Cunningham en 1894 (diez años después de Koch), la Comisión del Ejército advertía que "enseñar a la gente que la seguridad consiste en eludir a los demás" (es decir, las deposiciones acuosas y el vómito de los pacientes de cólera) causaría "mucho daño porque distrae su atención del [mejoramiento sanitario estándar]". En esto los jefes militares confundían sus propios intereses (o, mejor dicho, los intereses de los caballeros capitalistas) con dos tipos diferentes de acción. Si hubieran encarado el asunto racionalmente, habrían comprendido que la elusión personal de los enfermos (una acción que Koch aprobaba) no estaba necesariamente en la misma categoría que la cuarentena y el cordón sanitario (técnicas sobre las que aun Koch tenía ciertas dudas). Reflejando aún más su actitud mental reaccionaria, la Comisión del Ejército sostenía que en el "incierto estado actual de la etiología de esta misteriosa enfermedad", el súbito surgimiento de una epidemia de cólera seguida por su súbita desaparición debe depender de "grandes leyes naturales" (quizás aristotélicas), que aún eran desconocidas.¹⁴²

Un año o dos antes (en 1894), el secretario del gobernador general de la India, C. J. Lyall, escribió una circular advirtiendo a los funcionarios del gobierno que no difundieran el rumor de que el cólera se podía importar desde otra parte. El gobernador general estaba furioso porque alguien, en una carta a Inglaterra, sostenía que los efectivos británicos habían sido los agentes que habían llevado el cólera a cierto acantonamiento y distrito. Después de este alegato, se habían hecho preguntas en el Parlamento y se habían publicado artículos muy críticos que, según Lyall, "no tenían el menor fundamento en los hechos del caso". Exhortaba a los funcionarios a no dar "expresión a opiniones no respaldadas por hechos corroborados por las pruebas". También aconsejaba que "en la medida de lo posible se evite la discusión teórica". La nota de advertencia del gobernador general terminaba con esta severa admonición: "Huelga añadir que las declaraciones generales hechas por aldeanos y funcionarios subalternos [...] sólo se deben aceptar tras cuidadoso escrutinio".¹⁴³

Pocos años después, los lectores del *Journal of Tropical Medicine* veían un artículo sin firma que sostenía:

Cuando los funcionarios perspicaces y científicos consignaban hechos que tendían a demostrar la posibilidad de transmisión, los acusaban de "teorizar" y les ordenaban borrar los datos de sus informes oficiales, de modo que ganarse cierta reputación de amor por la investigación era lo peor que podía ocurrirle a un hombre que deseara triunfar en el servicio.¹⁴⁴

Escribiendo poco después de 1828, el gobernador general William Bentinck confesaba:

En general los europeos saben poco o nada de las costumbres y hábitos de los hindúes [...]. Comprendemos muy imperfectamente su idioma [...] no podemos asociarnos con los nativos. No los vemos en sus casas con sus familias. El calor nos obliga a encerrarnos en nuestras casas; otros se encargan de realizar las actividades que crearían mayor relación con los nativos, y lo cierto es que somos extraños en estas tierras.¹⁴⁵

Medio siglo después, el médico del ejército que comentaba el informe sanitario anual que enviaban de Madrás dijo algo muy similar. Enfatizaba la

carencia de un conocimiento preciso, entre los funcionarios europeos de la India, acerca de los hábitos sociales y el modo de vida de los nativos pobres. La comida que ingieren, su cantidad y variedad, el número de comidas diarias y todos los asuntos relacionados con la vida doméstica de la gente están ocultos a la mirada del funcionario europeo que [...] puede pasarse una vida en el país sin obtener ninguna información precisa sobre estos temas.¹⁴⁶

Uno de los motivos de la popularidad de *Kim* (1901) de Rudyard Kipling entre los lectores ingleses de clase media era que narraba la historia de un joven inglés que podía pasar por indio nativo, un muchacho que no era un "extraño en esas tierras". Pero Kipling era un adulto que evaluaba a los indios según su propia experiencia (nació en el subcontinente en 1865 y permaneció allí casi hasta la pubertad). Escribiendo en 1899, los describía como

"gentes agrestes e inquietas, pueblos hoscas, recién capturados, mitad demonios y mitad chiquillos".¹⁴⁷

A fines del siglo diecinueve se concedía a regañadientes que los jóvenes indios se formaran como asistentes hospitalarios en colegios médicos subalternos. En 1906, un artículo sobre el problema de la atención médica en los "países semicivilizados [sic]", señalaba que 250 alumnos del nuevo colegio de Punjab habían presentado una queja contra sus docentes indios. Alegaban, entre otras cosas, que los instructores eran ancianos anticuados que se negaban a enseñar en inglés. El autor del artículo de 1906 añadía:

el indio joven y educado es proclive, naturalmente, a despotricar contra sus gobernantes como invasores y opresores pero, cuando se trata de sus intereses personales, prefiere en general profesores y jueces ingleses a sus propios compatriotas.¹⁴⁸

En realidad, ya en diciembre de 1823, el reformista bengalí Rammohun Roy había solicitado educación en inglés, en plena paridad con las pautas inglesas. En cuanto a los libros, según el articulista de 1906, "los que están disponibles son refritos obsoletos de textos ingleses, diseñados para satisfacer los requerimientos de alumnos europeos de una generación pasada".¹⁴⁹ Parece que estos textos no mencionaban los avances que Robert Koch realizó en la comprensión del cólera en los tanques de agua de Calcuta en 1884. En el año en que se publicó esta crítica (1906), la tasa de mortalidad del cólera en la India (tres muertos por mil) fue la más elevada de todo el siglo veinte.

Durante la Primera Guerra Mundial, el secretario de Estado para la India, Edwin Montagu —un caballero judío que, siendo un marginado en la sociedad inglesa, simpatizaba con otros oprimidos—, hizo aprobar una ley que se convirtió en las reformas Montagu-Chelmsford. Según sus cláusulas, las decisiones de salud pública —salvo las que pudieran incluir la anulación de impuestos en tiempos de hambre o desastre personal— se devolvían a las autoridades electivas indias. La reforma cobró efecto en 1920, pocos meses después que el general Dyer exterminara a 379 pacíficos manifestantes indios en Amritsar, destruyendo lo poco que quedaba de la mística sobre la cual reposaba el dominio británico.¹⁵⁰

Por coincidencia, en las dos décadas siguientes, con la adopción de algo semejante al control indio de la salud pública, ese fenómeno creado por el hombre que se conoce como hambruna

perdió su predominio. Y aunque sólo algunas aldeas indias contaban con acceso a provisiones de agua limpia, las víctimas del cólera también comenzaron a disminuir. Las cifras de la OMS muestran un total de muertes por cólera que baja de 3,8 millones en el decenio 1910-1919, a 1,7 millón en el decenio 1930-1939, y 380.100 en el quinquenio 1950-1954.¹⁵¹ Pero el líder nacionalista R. Palme Dutt quizá no se equivocaba al sostener, en un libro de 1940 que fue prohibido en la India:

El suministro de las necesidades más elementales de higiene, sanidad o salud pública es tan bajo, para las masas trabajadoras de las ciudades y aldeas, que prácticamente no existe.¹⁵²

A la postre, tocó a los equipos de investigación americanos, después de la Segunda Guerra Mundial, crear la solución glucosa-electrolito que replica los fluidos vitales que el cuerpo ha perdido: cuando se ingiere oralmente, puede reducir la mortalidad del cólera a menos del 1 por ciento. Esto no siempre es posible en zonas remotas donde no hay centros sanitarios equipados con instalaciones modernas y equipos de rehidratación oral.¹⁵³

El cólera sigue siendo infinitamente móvil y quizá sus mutaciones vayan más allá de El Tor y el *Vibrio cholerae* 0139 para crear formas nuevas que los expertos occidentales no podrán curar. Mientras escribo esto, el cólera aún nos da una lección de humildad.