

LO SANO Y LO ENFERMO. EL CONSUMO DE VINOS Y LOS PROBLEMAS SOCIALES DEL ALCOHOLISMO EN EL MONTEVIDEO DEL NOVECIENTOS

Daniela Bouret
Universidad de la República (Montevideo)

Resumen: En Uruguay existe un creciente consumo de drogas cuyas consecuencias negativas son visibles en los siniestros laborales, de tránsito y en el recrudecimiento de la violencia doméstica y delictiva. Este tema es considerado asunto de Estado y se entiende el alcohol como la primera droga de inicio (incluye la ingesta de vino). Nos interesa analizar el vínculo entre medicina y moral que, desde el Novecientos, ha pautado la relación del consumo de alcohol entre lo «saludable» o lo «excesivo». En esa atmósfera de creciente higienismo se desarrolló, sin embargo, una industria vitivinícola con éxito. En este artículo buscamos desnaturalizar los discursos médicos como construcción histórica y sus consecuencias en el cuerpo de los alcohólicos en espacios de reclusión (hospitales y cárceles) y en la sociedad del Montevideo en el Novecientos.

Palabras clave: Vitivinicultura, Consumo de alcohol, Higienismo, Montevideo.

Abstract: In Uruguay there is a growing drug use that is leading to conflicts visible in work accidents, traffic and escalation of domestic violence and crime. This issue is considered a matter of state and surveys denote that alcohol is the first drug of initiation, which includes the intake of wine. Medicine and morality have combined since the beginning of the twentieth century ruling the consumption ratio of «healthy» or «excessive» of alcohol. In this atmosphere of growing hygienism also developed the wine industry. In this article we attempt to question the medical discourse through medical records and police detention spaces (hospitals and prisons) in Montevideo.

Keywords: Viticulture, Alcohol consumption, Hygienism, Montevideo.

1. El consumo de alcohol y la vigencia de un problema

Este artículo busca poner en relación las claves de consumo de vinos en la sociedad montevideana, entendiendo el consumo como una práctica cultural, pro-

blematizando el concepto de «lo saludable» y los efectos sociales del alcoholismo entre 1870-1930.

Este período, conocido como Uruguay del Novecientos o de la Modernización, es un proceso durante el cual se produjo el tránsito de una sociedad tradicional a una moderna a través de la industrialización, el desarrollo urbano, una legislación social avanzada, una visión higienista del desarrollo social y un proceso de secularización que se tradujo en nuevas formas de comportamiento social, aunque en forma desigual en el territorio. A pesar de esta atmósfera —en primera instancia desfavorable al desarrollo de cualquier industria relacionada con el alcohol—, la industria vitivinícola se constituyó como tal y se expandió, en gran parte gracias a la élite que la visualizó como una herramienta eficaz para la modernización.

El objetivo de este texto es delinear la construcción de esos discursos y el sustento de sus relatos, contrastados con las prácticas concretas de quienes transgredían la norma hegemónica de lo saludable y, según su origen social, podían terminar con sus cuerpos en espacios de control estatal —ya fueran cárceles u hospitales—. Nuestra investigación compara los registros en esos centros buscando identificar las principales causas de defunción entre la población, la cantidad de internos en psiquiátricos y la cantidad de delitos cometidos por individuos en estado de ebriedad.

Es preciso distinguir que en el proceso de construcción de lo sano y lo enfermo, medicina, religión y moral comparten, en una línea de larga duración, un posicionamiento en torno al uso de sustancias, desde el opio a los alcoholes y psicofármacos.¹ El alcoholismo es un concepto que también ha tenido cambios, desde vicio a enfermedad; ha cambiado la forma de entender el consumo, ya fueran bebidas destiladas o fermentadas; y se modificó también el discurso médico sobre lo saludable y su aceptación social. Sin embargo, las bebidas, en cuanto alimentos, deben ser entendidas como una práctica cultural, lo que implica compartir el supuesto que alimentos y bebidas se han constituido como un lugar referencial en la conformación de la identidad de los pueblos. Conviene señalar que concebimos la cultura alimentaria como:

el conjunto de representaciones, de creencias, conocimientos y de prácticas heredadas y o aprendidas que están asociadas a la alimentación y que son compartidas por los individuos de una cultura dada o de un grupo social determinado dentro de una cultura. Al compartir una cultura, tendemos a actuar de forma similar, a gobernarnos por orientaciones, preferencias y sanciones autorizadas por esta (Contreras y Gracia, 2005: 37).

1. En este sentido, Uruguay enfrenta hoy el creciente uso de drogas como uno de sus principales conflictos sociales, donde el alcohol es considerado la primera droga de inicio, situación que se define como un «uso problemático del alcohol». Se entiende que el uso abusivo de sustancias psicoactivas produce efectos adversos sobre la salud del consumidor y el entorno social, que se traduce principalmente en siniestros de tránsito y laborales. Los planes de prevención de uso de drogas y promoción de hábitos saludables a nivel comunitario se transformaron en un tema de Estado y constituyen un hecho político de primer orden.

Las comidas y bebidas no son una mera respuesta a las necesidades nutricionales, ni responden a elecciones estrictamente económicas. Los hábitos alimentarios son una parte de la totalidad cultural, constituyen el primer aprendizaje social del ser humano, que es recibido de otras personas —familia, redes sociales, grupo étnico, clase social, comunidad—. Es así que cobra relevancia conocer cómo se obtienen, cómo se preparan y con quién se degustan o comparten los alimentos y bebidas, en tanto en cuanto todo ello ayuda a entender el funcionamiento social, las interacciones a nivel familiar y comunitario (Contreras y Gracia, 2005: 13).

El conocimiento de las pautas alimentarias de las comunidades es fundamental para desarrollar políticas públicas en el sentido más amplio. En una escala más micro, el conocer las prácticas alimentarias centradas en los trastornos de la alimentación permite ver que la comida funciona también como un sedante o tranquilizador, igual que el exceso del consumo de alcohol o drogas, para dominar estados emocionales como depresión, ansiedad o culpa (Castillo y Leyva, 2005: 65).

Pero esta preocupación no es nueva. Durante el Novecientos comenzó una campaña específica sobre los problemas sociales del alcoholismo, que fue llevada adelante por médicos, naturistas, legisladores y Ligas Antialcoholistas,² al interior de una atmósfera higienista impulsada por la burguesía, que consideraba como peligros sociales el juego, el tabaquismo y los «desbordes» del ejercicio del sexo (centrado en las enfermedades venéreas). Los sectores hegemónicos, motivados por el «progreso» y la «modernización» estaban obsesionados por frenar el ausentismo laboral. Una derivación de la legislación social de la época —ley de 8 horas y descanso semanal—, fueron los «desbordes alcohólicos» que alteraban los lunes el desarrollo productivo. En este sentido, es interesante visualizar cómo las prédicas antialcohólicas de los sindicatos obreros —principalmente los liderados por anarquistas y socialistas— promovieron también la lucha contra el alcohol, ya que consideraban que alienaba a los trabajadores distrayéndolos de la lucha de clases, prédica que, de alguna forma, fue funcional a la patronal, que construyó una imagen que criminalizó al individuo alcohólico.

Una situación similar resulta del análisis del movimiento anarquista de Santiago de Chile y Valparaíso —donde tuvo especial influencia en los círculos obreros populares—, que estaba impregnado por la idea de que la lucidez era el estado necesario para que los trabajadores fueran conscientes de su situación y, por tanto, el consumo de alcohol y la prostitución eran vicios que perpetuaban la explotación económica, social y la dominación política de los sectores populares. En este aspecto, los anarquistas chilenos pregonaron una moral prometeica en lo referente a la embriaguez provocada por el consumo de alcohol,

2. En 1914 se fundó en Montevideo esta Liga a iniciativa de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis.

entroncándose así con la moral burguesa y el discurso regenerador decimonónico. La degradación social, según la mirada de las clases dominantes y las élites obreras ilustradas, fue consecuencia de los vicios como el consumo de alcohol y el juego (Sepúlveda, 2011: 127).

Es justamente este período en el que se comenzó a concebir el consumo de alcohol —y específicamente los vinos— como problema, el que nos interesa investigar. Un abordaje posible es reflexionar sobre las estrategias empleadas para impulsar el consumo del vino frente a las crecientes manifestaciones profilácticas (Bouret, 2009), en una atmósfera impregnada por el higienismo, que consideraba el alcoholismo como una enfermedad social (Barrán, 1999: 18). En estas páginas, en cambio, buscamos desnaturalizar los discursos médicos como regímenes de verdad, esto es, mostrarlos como construcciones históricas, que se instauran en una suerte de paradigma no cuestionable para vastos sectores de la sociedad, incidiendo en las pautas de comportamiento. Las fuentes utilizadas son las memorias de las jefaturas de Policía y los estudios en centros de reclusión hospitalaria en las tres primeras décadas del siglo xx.

2. Consecuencias sociales del consumo excesivo de alcohol: Locura, criminalidad y muerte

Los discursos médicos desde el Novecientos han deambulado entre la prohibición total de la ingesta de alcoholes —incluyendo el vino— y el estímulo de la ingesta controlada de vinos y cervezas como complementos de la dieta alimenticia y potenciadores de energías.

Los efectos del consumo de alcohol fueron un asunto doméstico puesto que, al introducir un alimento o bebida en el cuerpo, se adquieren también hábitos y códigos de conducta —socialmente legitimados o no— (Bourdieu, 1998). Pero fue también un asunto de Estado, porque para paliar sus efectos socialmente negativos se pusieron en práctica métodos profilácticos para cuidar la «salud de la raza» en escuelas y cartillas de buen comportamiento para los hogares, y se estudió el cuerpo de los enfermos en hospitales, manicomios y cárceles. A pesar de estas prédicas, el alcohol estuvo presente en la mesa del domingo, en el boliche del barrio, en el encuentro en el arrabal, en los paseos campestres, picnics y en los locales de pizzerías que comenzaban a nacer a instancias de los italianos nostálgicos. Pero también en las cenas de los presidentes, en las galas, en el carnaval y en las celebraciones públicas y privadas. Su consumo puede ser entendido como ingestión energética y como vehículo de distensión; fue el «mata penas» por causa de un amor o de una vida mísera, fue un instrumento para el olvido o la anestesia para el dolor, pero fue también una práctica social.

Las condiciones sanitarias urbanas, las limitaciones en la disponibilidad de agua corriente en la población y la dieta alimenticia de los inmigrantes europeos promovieron comportamientos donde el consumo de alcoholes era extendido en toda la sociedad en el primer tercio del siglo xx. En el primero de los casos, el desarrollo urbanístico daba cuenta de que si bien el agua era considerada «la

bebida natural y más necesaria», el hecho de que los pozos de agua muchas veces estuvieran cerca de depósitos orgánicos en descomposición, provocaba que las filtraciones enturbiaran las aguas para consumo y, con ello, la posibilidad de contraer cólera o tifus, por lo que el vino podría ser la alternativa más saludable (Barrán y Nahum, 1999: 189).

Esto, por desgracia, ha sucedido con mucha frecuencia y es por tal motivo, sin duda, que el jornalero por todas partes prefiere apagar su sed con vino, sidra o cerveza, y en defecto de estas bebidas cortan el agua con vinagre o alcohol (*Anuario Barreiro*, 1896: 76).

Según Belén Baptista (2001), en 1892 la población uruguaya consumía un promedio anual de 29 litros de vino por habitante, del cual el 87% correspondía a vino importado y solamente un 13% a vinos nacionales (2.700.000 litros de producción nacional; 18.541.097 litros de vino importado, que dan un total de 21.241.097 litros para una población de 742.000 habitantes). En los años siguientes la importación de vinos decae constantemente, llegando en 1930 a representar un 2% del consumo (49.501.992 litros de producción nacional frente a 1.009.197 litros de vinos importados para una población de 1.727.000 habitantes). A su vez, la producción vitivinícola nacional comenzaba a dar sus frutos y se consumía preferentemente en el mercado interno, sustituyendo así las importaciones. En el año 1916 la relación entre el consumo de vinos importados y de producción nacional se invierte y el porcentaje de vinos nacionales que se consume pasa a ser de un 85%, mientras el importado desciende a un 15% (Bouret, 2010: 113-139).

Estas cifras solo corresponden a los vinos — producción e importación —, por tanto si se suma el resto de las bebidas alcohólicas que circulaban en la ciudad, tales como caña, cervezas y grapa, se tendría una cartografía más completa para estudiar la incidencia del consumo de alcohol y el alcoholismo. En este contexto, la asociación entre ebriedad y delincuencia fue recurrentemente manejada en la literatura periodística y en debates parlamentarios. Quienes bregaban por el control del consumo de alcohol presentaban una visión apocalíptica en la cual, de no realizarse una «eficaz batalla» con lo que consideraban métodos morales — enseñanza antialcohólica —, métodos indirectos — asistencia al alcohólico — y fundamentalmente las «modificaciones en la legislación que considera a la ebriedad como circunstancias atenuantes de la delincuencia», la suerte del país estaría echada, sería la bancarrota (*El Lazo Blanco*, 1917, núm. 1).

La característica principal de los higienistas fue no distinguir entre los tipos de alcohol consumido, porque quien:

bebe vino o cerveza, caña o chartreuse; tal vez a cortas, cortísimas dosis, acaso, tan sólo por debilidad estomacal, por matar penas o estimular energías, es un bebedor y basta (De Salterain, 1916: 11).

La definición de las bebidas alcohólicas está permeada de prejuicios sociales y juicios de valor y aquellas eran consideradas:

un veneno [...] que penetra en el organismo, haciendo por un instante creer en su acción benefactora, pero que va dominando poco a poco al sujeto, lo transforma en un esclavo de su hábito, lo desnuda, lo relaja y lo suprime como personalidad (*El Lazo Blanco*, 1920: 7).

La experiencia clínica en Montevideo del doctor Etchepare sintetiza el vínculo entre usos y costumbre, con enfermedad y salud:

se ha dicho que el alcoholismo es más una costumbre que una enfermedad. Esto es cierto, en general, sólo al principio. Más adelante esta costumbre se transforma en una necesidad, se sufre de alcoholismo (Etchepare, 1913: 272).

Para el doctor Alfredo Canzani, el alcoholismo —enfermedad difícil de entender y cuantificar— es:

el estado patológico que resulta del abuso de las bebidas espirituosas [...] y no tenemos medidas matemáticas para indicar dónde es lícito el uso y dónde comienza el abuso a que hacemos referencia en la definición dada anteriormente. [...] no tenemos un patrón exacto ni un sistema métrico, ni reglas matemáticas que dar e indicar a nuestros enfermos (Canzani, 1927: 4).

Este tipo de construcción discursiva, no fue solo propio de prácticas locales sino que respondió a una visión extendida. Para ampliar la mirada en la región —y solo a modo comparativo—, una investigación de campo de Bolivia antes de mitad del siglo xx reflexiona en esta línea:

El alcoholismo obra de tres maneras sobre una población: aumentado la tasa de mortalidad, la de criminalidad y la alienación mental. Estas afirmaciones no precisan comentario alguno, pues todos conocemos y vemos a diario la acción funesta del alcoholismo en este sentido y aun en forma más ruda en los grandes centros urbanos, los hospitales, los manicomios, los asilos y los presidios están llenos de las víctimas del alcoholismo, algunos de ellos inocentes por haber heredado de padres alcohólicos taras que los inhabilitan ante la sociedad (Mostajo, 1948: 12).

Estudios en este sentido en la región dan cuenta también que el estado de ebriedad, considerado como un vicio y no una patología, fue en los hechos condenado como práctica social. El control del consumo de alcohol fue objeto de una serie de penalidades; el alcohólico fue entendido como un ser cuya conducta podía «perjudicar» el orden social y moral en cuanto que fomentaba el ocio y potenciaba los delitos, según constan también en los partes diarios policiales como principal causa de detención. (Sedeillan, 2008: 154). Sedeillan sostiene que, en medio de una población que tenía incorporada la bebida como un acto de sociabilidad que aproximaba y creaba sensación de pertenencia a un espacio de valores compartidos, la legislación refleja cómo el alcoholismo dejó de ser una atenuante de la penalidad en los delitos de homicidio, a diferencia del período anterior. La alteración de las facultades mentales, que podría modificar la capacidad de comprender, ya no fue tenida como atenuante de un delito, según revela el análisis de los expedientes judiciales. Fue en el Código de 1886 cuando la ebriedad fue eximida de pena junto a la imbecilidad, locura, menoridad, etc., siempre y cuando esta no fuera por deliberada ingestión de bebidas cuyo efecto

conocía —porque el ebrio habitual no podía presumirse que fuera involuntario—, dado que la legislación se basaba en la capacidad de libre albedrío del hombre. Lo que resulta interesante es la dificultad que existía en reconocer la ebriedad, los médicos no tenían forma alguna de distinguir la embriaguez real de la supuesta, la completa de la parcial y, en la realidad, no se practicaba la pericia médica para saber la beodez del imputado (Sedeillan, 2008: 165).

En síntesis, en este período se criminalizó la ebriedad y se manifestó un aumento del celo policial en su persecución, así como una mayor dureza a quien explicaba su comportamiento basándose en el estado en que se encontraba. Un acto delictivo podía justificarse más por la injuria, por la defensa del honor, que por estar en estado de embriaguez.

Las campañas antialcohólicas solían utilizar estos miedos sociales para impulsarse; el discurso se basaba en los efectos perjudiciales para el individuo en lo familiar —desunión de pareja e hijos y degeneración en la descendencia—, en los escolares —problemas de atención y retardo— y en lo laboral —bajo o mal rendimiento—. La «degeneración» de la raza fue uno de los miedos más recurrentes sostenidos en afirmaciones tales como: «El alcoholismo amenaza la raza [...] la mayor parte de los degenerados que llenan nuestro Manicomio, son debidos al alcoholismo hereditario» (Lamas, 1909: 520), porque «la consecuencia fatal de los pueblos alcoholistas, es su desaparición lenta, su decadencia, su ruina» (Rodríguez, 1909: 529). Así, «El alcoholismo crónico, junto con la sífilis, son la explicación más frecuente de la pérdida del sentido moral de los hombres» (Almeida, 1952: 47).

El concepto de *degeneración de la raza* tuvo un peso muy fuerte en el imaginario de la época, y según el doctor Mañé Garzón:

es uno de los factores que tiene más importancia en el tratamiento del alcoholismo. La etiología no estaba desarrollada, por lo que cualquier malformación o retardo mental se le atribuía al alcoholismo o la sífilis como causa de la degeneración de la raza, al menos hasta que se desarrolló la etiología a fines de los treinta.³

Médicos como Joaquín de Salterain intentaron respaldar sus formulaciones con datos estadísticos que demostraran esta vinculación. La consideración de la ebriedad como causa atenuante fue uno de los temas más debatidos y, en el plano jurídico, se intentó considerarlo como agravante penal. Se puso especial énfasis en los factores genéticos como responsables de comportamientos heredados, es decir, el alcoholismo no solo dañaba inmediatamente a quien caía en él, sino que se constituyó en responsable de daños irreparables en su descendencia.

Es indudable que ciertos niños nacen con cierta disposición para delinquir. [...] Un padre dominado por el alcohol, embrutecida la conciencia, muerto el corazón, debilitado el cuerpo, sólo puede engendrar hijos llenos de morbideces y anomalías [...] El niño hijo de alcoholista

3. Agradezco al doctor Mañé Garzón los aportes al respecto (entrevista realizada el 4/11/2003).

crece sin tener resistencias inhibitorias acentuadas en el espíritu. Esa carencia de resortes hace que la criatura oscile entre dos extremos, cualquiera de ellos fáciles de empujarla a la caída” (Beltrán, 1910: 54-56).

El análisis del caso chileno en el mismo período da cuenta también del gran consumo de alcohol de su población. Las estadísticas muestran que el abuso del alcohol era muy alto en los sectores populares como forma de complementar una dieta pobre, y las consecuencias se traducían, por cierto aquí también, en la debilidad «de la raza»:

Entre la gente con dinero prevalecieron la champaña, el vino y el coñac. Mientras los pijes desplumaban a desprevenidos provincianos durante largas horas de juego, bebían algunas copas de coñac, pisco o algunas botellas de champaña. Durante las comidas siempre se consumía alcohol y los bajativos remataban a veces en sendas borracheras (Alvarado, 2004: 409).

La represión al alcohólico fue una respuesta al entendido de que el abuso de la ingesta de alcohol tenía distintas consideraciones según el origen social del borracho. Las estadísticas criminales de la década de 1890 dan cuenta de que los detenidos por ebriedad proceden todos de sectores populares, sin tocar a los jóvenes de la oligarquía que protagonizaban escándalos públicos en estado de ebriedad. La promulgación de la Ley de Alcoholes en 1902 profundizó esta situación, sancionando con cárcel a los borrachos en la vía pública, sin «tocar» a los caballeros que iban a clubes y cafés a emborracharse. En este período también creció la producción nacional de vinos, que fue vista como una estrategia más de dominación de la población (Alvarado, 2004: 409).

En los casos de locura o muerte, correspondía al médico directamente diagnosticar y tratar al enfermo, o dictaminar la causa de muerte cuando ya no “hay remedio”. Las investigaciones del doctor Rafael Rodríguez en el Manicomio Nacional, denominadas “trabajos fisiológicos y experimentación” sobre el cuerpo de los asilados, le permitieron formular una serie de hipótesis de tres tipos de intoxicaciones: enilismo o intoxicación por el vino; alcoholismo o intoxicación por el alcohol, y ajenjismo o intoxicación por el ajenjo o bebidas similares. Nos detendremos en el primero, en el bien entendido que:

las alteraciones producidas por el vino en el organismo humano predominan en el aparato digestivo y anexas: la gastritis con todo su cortejo sintomático [...]; el hígado, tan pronto se hipertrofia como se atrofia, se hace cirrótico [...]; los desórdenes nerviosos. La primera ataca la sensibilidad: picoteos y hormigueos [...]. La motilidad disminuye el poder muscular dando lugar a la aparición de temblores. Los trastornos vasomotores [...] Las facultades mentales se hallarán afectadas: el insomnio se hará cada vez más pertinaz [...]. // Sin embargo, el enilista muere más comúnmente en el hospital que en el manicomio, porque [...] los trastornos predominan en el aparato digestivo y muchos mueren de cirrosis hepática, falleciendo el resto de tuberculosis pulmonar, complicación la más terrible y frecuente del alcoholismo en todas sus variedades (Rodríguez, 1909: 522-530).

Como médico encargado de la sección de mujeres del Manicomio Nacional, el doctor Rodríguez reflexionaba sobre la diferencia entre los géneros, afirman-

do que «entre mis enfermas, el porcentaje de psicosis alcohólica es tan reducido que casi se puede decir que no existe más de 6 u 8 en un total de más de 400» (Rodríguez, 1909: 522-530).

En el caso de México, la difusión de un modelo de conducta desde los sectores hegemónicos para las mujeres, inculcado desde las familias, institutrices o colegios, que rechazaba los excesos y asociaba la buena salud a la buena moral, tenía como centro la concepción de una mujer de naturaleza frágil y sensible, valorizada por la virginidad y el pudor en la intimidad. En este contexto, cuando se reconoce el alcoholismo como enfermedad —en el siglo XIX— aparece el alcoholismo como problema social y comienzan a proliferar estadísticas y ensayos a nivel mundial y nacional en torno a los individuos afectados por este mal. En el caso de las mujeres alcohólicas, se construyó el concepto de que la enfermedad era producto de su naturaleza o su disfuncionalidad sexual (histeria), en el entendido, además, de que «las de clase media, contrariadas y sujetas a un continuo sufrimiento por reyertas matrimoniales», eran más fáciles de emborracharse (Ramos de Viesca, 2001: 25). Veamos entonces tres escenarios posibles para quienes eran considerados alcohólicos.

2.1. Alcoholismo y muerte

El alcoholismo puede terminar con la vida del enfermo de diversas formas. El alcoholismo agudo y la cirrosis de hígado son las manifestaciones directamente vinculadas a esta enfermedad; ambas llevan al enfermo a la muerte ya que el alcohol es absorbido por el organismo humano —más o menos rápido según el tipo de alimento previamente ingerido, la graduación de la bebida y la cantidad ingerida—; un 20% es absorbido por el estómago y el 80% restante por el intestino delgado. El hígado oxida la mayor parte del alcohol absorbido (90%) y el resto es eliminado por la orina, la piel, la saliva, leche materna, etc. (Arce, 1983: 494).

En el Novecientos, la tuberculosis —principal causa de mortalidad— estaba también ligada al alcoholismo. La Cartilla sobre Tuberculosis escrita por el doctor Alberto Brignole, director del Hospital Fermín Ferreira, y aprobada por la Sociedad de Medicina de Montevideo para ser difundida en las escuelas primarias muestra este vínculo. En sus páginas, el autor dialoga con el lector en busca de una comunicación clara de los conceptos de higiene individual y colectiva contra la «peste blanca», y constituye un ejemplo de concentración de esos miedos sociales referidos:

Las bebidas alcohólicas son muy peligrosas. El alcohol es el gran amigo de la tuberculosis. Si nadie bebiera ni hubiera bebido nunca, habría un 80 por 100 menos de tuberculosos y locos. El alcohol es perjudicial para el que bebe y para sus hijos. Para el que bebe porque lo lleva a la tuberculosis, a la locura, al crimen o a la pérdida de su salud y de sus fuerzas. Para los hijos porque estos suelen nacer débiles o idiotas. No debe tomarse pues, bebidas alcohólicas (Brignole, 1918: 14).

A través de los *Anuarios estadísticos* no es posible identificar el origen de la tuberculosis, lo que imposibilita manejarla como una variable a la hora de com-

parar las enfermedades directamente vinculadas a la muerte por alcoholismo. Por esta razón, elaboramos un cuadro comparativo (cuadro 1) con dos variables — alcoholismo agudo y cirrosis de hígado—, y las analizamos con el total general de fallecidos.⁴

El análisis es revelador ya que muestra que las principales causas de mortalidad no eran entonces el alcoholismo o la cirrosis, sino la tuberculosis, la meningitis, o las bronconeumonías.

Cuadro 1. Defunciones por alcoholismo agudo y cirrosis de hígado

Año	Alcoholismo agudo o crónico	Cirrosis del hígado	Total general	Porcentaje de muertes por alcoholismo agudo y cirrosis sobre el total de fallecidos
1901	26	90	12.594	0,92
1902	22	89	13.439	0,83
1903	20	69	13.673	0,65
1904	16	52	11.515	0,59
1905	22	69	13.612	0,67
1906	26	46	15.083	0,48
1907	25	69	15.561	0,60
1908	32	55	14.421	0,60
1909	30	69	15.249	0,65
1910	31	69	16.515	0,61
1911	31	77	16.552	0,65
1912	28	65	16.745	0,56
1913	31	70	15.374	0,66
1914	23	72	15.350	0,62
1915	19	51	16.602	0,42
1916	15	63	20.338	0,38
1917	6	50	17.348	0,32
1918	24	52	20.009	0,38

Continúa en página siguiente

4. La información fue elaborada en base a los Anuarios estadísticos. En ellos, a partir de 1926 se comenzó a separar entre cirrosis alcohólica y cirrosis no específica. Si bien según el doctor J. Praderi «hay cirrosis por malformaciones congénitas o hepatitis mal curadas, porque no todos los cirróticos son alcoholistas» (entrevistado el 4/11/2003). El doctor Mañé Garzón aconsejó realizar un análisis conjunto ya que «la cirrosis de hígado era el 95% por alcoholismo. Puede que alguna no, pero lo más era por esto, algunos por pudor no lo declaraban por eso aparece sin especificar» (entrevistado el 10/08/2003).

Continuación

Año	Alcoholismo agudo o crónico	Cirrosis del hígado	Total general	Porcentaje de muertes por alcoholismo agudo y cirrosis sobre el total de fallecidos
1919	11	49	18.904	0,32
1920	9	55	19.041	0,34
1921	8	55	18.449	0,34
1922	5	48	16.415	0,32
1923	14	58	18.110	0,40
1924	16	62	19.132	0,41
1925	15	56	19.332	0,37
1926	17	54	17.828	0,40
1927	13	59	19.939	0,36
1928	1	83	19.070	0,44
1929	4	60	19.660	0,33
1930	7	47	20.049	0,27
Totales	547	1.863	505.909	0,48

Fuente: Elaboración propia a partir de *Anuarios estadísticos 1900-1931*.

2.2. Alcoholismo y locura

Alcoholismo y locura constituyen un binomio difícil de separar en el discurso médico. Lo que ha variado ha sido el mecanismo de identificación del problema y los marcos comparativos hasta el presente. En el período examinado, los estudios sobre los enajenados por alcoholismo fueron los más demandados desde el Estado.

En un primer caso, la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública solicitó informes a los médicos responsables del Manicomio Nacional, que relacionaban el alcoholismo con los problemas mentales. Según las declaraciones del doctor Eduardo Lamas, médico encargado de la sección de Hombres del Manicomio Nacional:

la influencia del alcoholismo directa o indirectamente sobre los asilados es de tal magnitud, que la considera la más perniciosa de cuantas causas provoquen la locura, ejerciendo una influencia sobre el individuo y su descendencia desde el punto de vista físico, intelectual y moral. El alcohol [...] da lugar a una serie de trastornos mentales cuyo término en la demencia. [...] En nuestro manicomio, en la sección a mi cargo, puede considerarse un término medio de los alcoholistas entrados en el 20 al 25% (Lamas, 1909: 519-521).

La respuesta es el informe del doctor Etchepare realizado durante sus diez años en el Manicomio de la República (1899-1909), donde concluye que el 21,60% de las alienaciones masculinas atendidas en dicho establecimiento son producto del

alcoholismo, mientras que en las mujeres el porcentaje es notoriamente más bajo, un 2,62%. Su informe da cuenta también de la imagen de «la» mujer uruguaya frente al problema del alcoholismo: «no creo incurrir en error cuando afirmo que la mujer uruguaya es en este concepto, la más pura de los países civilizados» (Etchepare, 1909: 280). De todas formas concluye que de un 2 a un 2,5% de las locuras alcohólicas corresponden a mujeres y afirma categóricamente que cuando las mujeres se intoxican, lo hacen «profundamente», por lo cual interpretamos un alcoholismo agudo (Etchepare, 1909: 280).

Otra de sus conclusiones es la excepcionalidad del Manicomio de la República como centro de asistencia de la casi totalidad de los alcohólicos alienados que había en el país, por lo que sus investigaciones serían «la verdad completa sobre el tópico señalado» (Etchepare, 1909: 280). La primera parte de su informe está centrada en definir el alcoholismo mental y en qué medida afecta a las facultades psíquicas, realizando un llamado de atención a las autoridades para «combatir la funesta costumbre» del alcoholismo tomando ejemplos de otros países, con la certeza de que «el alcohol es la piedra de toque de la degeneración [de la raza]», que comienza con distintos tipos de ebriedad hasta llegar a la más grave, el delirium tremens (Etchepare, 1909: 280).

En este punto advierte que aunque abundaban los alcohólicos en Uruguay, muchos de ellos no pasaban por el Manicomio, dado que no existía en la legislación la obligatoriedad de la reclusión del alcohólico sin alienación concomitante; esta observación esconde el hecho de que si bien el problema del alcoholismo estaba extendido en la sociedad, las formas de resolverlo no eran las mismas en todas las clases sociales. Según el censo de 1908 había 73.000 obreros en el país (39.000 de ellos en Montevideo). Un censo industrial posterior más exacto estableció que en Montevideo había 30.000 obreros: 18.000 hombres mayores de 18 años —la mitad de ellos casados y con familia— y 12.000 más entre mujeres y niños. En base a estos datos se ha estimado que del total de 167.000 personas que constituían las clases populares de Montevideo, entre 72 y 80.000 personas (45%) dependían del sector industrial, lo cual, en un total de 310.000 habitantes que vivían en Montevideo, significaba la cuarta parte de la población capitalina (Barrán, 1995).

La investigación de Etchepare sobre los cuerpos de hombres y mujeres indigentes o pensionistas del Manicomio revela que había una proporción promedio de 23% de alcohólicos entre los hombres indigentes alienados ingresados; mientras que en el caso de los hombres pensionistas, el porcentaje era de 17,64. En las mujeres la proporción fue menor. Entre las indigentes el 2,73% de las alienadas eran alcohólicas; y entre las pensionistas, bajaba aún más la proporción hasta el 2,12%. Estas cifras son también fuente de reflexión, ya que el médico sospecha la existencia de otros alcoholismos «domésticos», escondidos en los hogares de los sectores medios o altos y en los clubes exclusivos, porque estas estadísticas confirman que «son los pobres los que frecuentan más asiduamente los cafés o las tabernas» (Etchepare, 1909: 10).

Luego de un informe sobre las nacionalidades y edades de los alcohólicos alienados, este médico sostiene que la nueva legislación obrera tiene como

Cuadro 2. Cantidad de enfermos por enajenación

Años	Enajenados	Habitantes por loco
1906	1.240	876
1907	1.310	856
1908	1.408	779
1909	1.454	738
1910	1.478	752
1911	1.506	798
1912	1.488	823
1913	1.600	782
1914	1.710	758
1915	1.785	745
1916	1.935	704
1917	1.994	698
1918	2.030	699
1919	2.039	717
1920	2.154	694

Fuente: Cuadro elaborado por el doctor Joaquín de Salterain en *Breves anotaciones sobre el alcoholismo en el Uruguay*, pág. 12.

contrapartida un cúmulo de horas libres para los trabajadores —que sin duda son fuente de malos hábitos—, y por tanto propone la creación de escuelas para adultos diurnas y nocturnas para ocupar el tiempo de ocio (Etchepare, 1909: 20).

Por otro lado, las investigaciones del doctor Joaquín de Salterain dan cuenta de que los enfermos por enajenación —resultado del exceso de ingestas alcohólicas— muestran un aumento entre 1906 y 1920.⁵ El cuadro 2, elaborado por el doctor Salterain y que establece una comparación entre lo que se consideraba entonces como «sano» y «enfermo», da cuenta también de la preocupación médica de la época, de la necesidad de separar en lugar de incluir comparaciones con otras patologías. El reconocimiento de los enfermos se hace a partir del reconocimiento del sujeto sano; entre ellos (los otros) y uno (el mismo), es la construcción de la diferencia y estigmatiza al enfermo ya desde el título: «Cantidad de habitantes por loco».

5. Las cifras corresponden al Manicomio Nacional entre 1906 y 1913 y a la Colonia de Alienados entre 1913 y 1920 (De Salterain, 1923: 399).

2.3. Alcoholismo y criminalidad

El discurso médico interviene e interpreta los males del cuerpo, medicalizando y moralizando su accionar. Pero los cuerpos están, en realidad, «inmersos en un campo político; las relaciones de poder operan sobre él [...] lo marcan, lo dominan [...] exigen de él unos signos» (Foucault, 1989: 32). Cuando Foucault propone analizar los métodos punitivos más que como consecuencias de la aplicación del derecho o indicadores de estudios sociales, como técnicas específicas de ejercicio de poder, establece también que ese saber sobre los cuerpos y ese dominio de sus fuerzas se realiza con una tecnología. Pero se trata de una tecnología fragmentaria y difusa; es decir, una tecnología que no es posible localizar en un tipo único de instituciones o aparato estatal, sino que se recurre a ella cuando es necesario; el poder que se ejerce no es una propiedad sino una estrategia, unas técnicas, es decir, «este poder se ejerce más que se posee» (Foucault, 1989: 33).

Y los médicos ejercieron ese poder. Influyeron en el sistema legislativo proponiendo directamente proyectos de ley; en los sistemas de reclusión, proporcionando estadísticas y proponiendo mecanismos de control como solución al problema del alcoholismo; y en el cuerpo social, vinculando la inclinación del individuo alcohólico al crimen contra la propiedad privada, pública o el individuo.

En este primer tercio del siglo xx se desarrolla la criminología y aparece el *Boletín de Criminología y Ciencias Afines* del Instituto de Estudios Superiores de Montevideo. En el primer número surge la propuesta de creación de un Instituto de Criminología anexo a la Penitenciaría Nacional y la clasificación de los:

penados reclusos en el Establecimiento Penitenciario, según el Método Criminológico del Profesor Ferri (modificado por J. M. Estapé), Profesor de Antropología Criminal del Instituto de Estudios Superiores. Director del establecimiento Penitenciario (*Boletín de Criminología*, 1935: 5).

Se clasificaron los delincuentes según diversos criterios, que los describen, los diferencian entre hombres y mujeres y según los delitos, constituyendo un *corpus* sobre la criminalidad. Se presenta una detallada estrategia de lucha contra la «delincuencia o criminalidad», desarrollada en diversas líneas de «defensa médico-psico-social» que buscaban combatir el analfabetismo, el alcoholismo y las toxicomanías (*Boletín de Criminología*, 1935: 25).

Existieron también una serie de proyectos de ley para el control de los delitos vinculados al consumo de alcohol, impulsados por médicos. El del diputado Mateo Legnani, titulado «Represión del alcoholismo», establecía:

Serán considerados delitos, designados bajo el nombre genérico de «alcoholismo» y castigados con multa de doscientos a mil pesos o prisión equivalente, el regalo o la venta de bebidas alcohólicas, sin exceptuar el vino, la cerveza, la sidra y líquidos menos ricos en alcohol. [...] [Y considerar como delito y] castigados con multa de 200 pesos a 1.000 pesos o prisión equivalente, el regalo o la venta de bebidas alcohólicas, sin exceptuar el vino, la cerveza, la sidra y líquidos menos ricos en alcohol (Legnani, 1922: 85).

Cuadro 3. Entradas y salidas de ebrios en las comisarías de Montevideo, 1911-1920

	1911 a 1915	1916 a 1920	Total
Varones	46.940	36.688	83.628
Mujeres	3.060	2.702	5.762
Total	50.000	39.390	

	1911 a 1915	1916 a 1920
Menores	40	2
de 10 a 19 años	3.536	1.793
de 20 a 29 »	17.775	14.316
de 30 a 39 »	16.973	13.751
De 40 en adelante	11.676	9.506
Total	50.000	39.368

Fuente: Cuadro elaborado por el doctor Joaquín de Salterain en *Breves anotaciones sobre el alcoholismo en el Uruguay*, pág. 14.

La fundamentación del diputado Francisco García y Santos del proyecto de ley del senador Federico Capurro sobre rectificación de alcoholes, muestra la incidencia directa de los estudios médicos sobre el marco jurídico:

Yo, a propósito de observaciones estadísticas hechas en el Manicomio Nacional, sostuve, desde las columnas de *El Día*, la necesidad de que se tomaran serias medidas para poner un dique a la ola de alcoholismo, que avanza de una manera alarmante entre nosotros [...] (García y Sangos, 1899: 7).⁶

El doctor J. de Salterain presenta una hipótesis que relaciona directamente delincuencia-alcoholismo-pobreza. Según él, dado que la enseñanza primaria estaba muy extendida en el país, la explicación posible al alto índice de alcoholismo en jóvenes, según cifras proporcionadas por las comisarías, era una cuestión de clase: «la intemperancia en los hogares pobres y la carencia de ejemplos moralizadores [...]» (De Salterain, 1923: 398). Para apoyarlo, realizó un cuadro con las entradas y salidas de ebrios en comisarías de Montevideo entre 1911 y 1920, que constituye el primero en su género (cuadro 3).

Un par de años más tarde, las *Memorias de la Jefatura de Policía* para el año 1922 (cuadro 4) relativizan esas percepciones, porque brindan elementos que hacen posible comparar entre quienes cometieron delitos estando ebrios y quienes lo hicieron estando sobrios.

6. García Santos fue también director del Manicomio Nacional, y su participación parlamentaria corresponde a su diputación por el departamento de Treinta y Tres.

Cuadro 4. Memorias de la Policía de Montevideo

Delitos	Hurto	Tentativa de hurto	Contrabando	Robo
Dementes				
Ebriedad manifiesta				4
Algo ebrios	5	1		6
Normales	178	5	3	343
Sin especificación	2			3

Delitos	Tentativa de robo	Extorsión	Estafa	Tentativa de estafa
Dementes				
Ebriedad manifiesta				
Algo ebrios				
Normales	10	1	56	26
Sin especificación			4	

Delitos	Apropiación indebida	Usurpación	Daños	Total general
Dementes	1			1
Ebriedad manifiesta			9	13
Algo ebrio			6	18
Normales	50		36	708
Sin especificación				9

Fuente: *Memorias de la Policía de Montevideo 1919-1922*, pág. 433.

La clasificación establecida en estas *Memorias* buscó detallar cuidadosamente por tipo de delito cometido (hurto, estafa, extorsión, etc.), discriminando entre hombres y mujeres, reconociendo el estado en que se encontraban al cometer la falta. Las cifras muestran un total de 708 delincuentes que se encontraban en condiciones «normales», en estado de «algo ebrios» aparecen 18 y en estado de «ebriedad manifiesta» solo 13 y, como especificación, habría que decir que todos ellos fueron hombres. O sea, un 2,4% de delincuentes «algo ebrios» y un 1,8% de delincuentes «ebrios manifiestos» cometieron los delitos contra la propiedad en Montevideo en 1922; el gran porcentaje del 95,8% de los delincuentes estaban en condiciones normales. A la luz de estas estadísticas, la vinculación entre ebriedad y delincuencia no encuentra suficiente sustento.

Los *Anuarios estadísticos* posibilitan la comparación de dos aspectos (cuadro 5), por un lado el número de hombres y mujeres ingresados como presos por

Cuadro 5. Políticas y de Policías. Entradas de presos por ebriedad

			Total presos	
	Año	Total ebrios	ROU	Porcentaje
Totales	1917	29		
	1918	21	8.369	0,25
	1919	0	978	0
hombres	1920	50	9.568	0,52
mujeres	»	0	1.205	0
totales	1921	11	8.950	0,12
hombres	1922	22	8.976	0,25
mujeres	»	0	0	
hombres	1923	257	10.636	2,42
mujeres	»	17	2.211	0,77
hombres	1924	162	8.510	1,9
mujeres	»	8	1.151	0,7
hombres	1925	416	11.198	3,71
mujeres	»	17	1.135	1,5
hombres	1926	549	11.324	4,85
mujeres	»	9	1.610	0,56
hombres	1927	103	12.865	0,8
mujeres	»	5	1.187	0,42
hombres	1928	109	13.191	0,83
mujeres	»	10	1.611	0,62
hombres	1929	110	14.133	0,78
mujeres	»	7	2.297	0,3
hombres	1930	383	14.597	2,62
mujeres	»	17	1.598	1,06
totales		2.302	147.300	1,56

Fuente: Elaboración propia a partir de los *Anuarios estadísticos* de los años 1917 a 1930.

ebriedad y, por otro, los detenidos por ebriedad y puestos en libertad. La comparación de ambos registros da cuenta de la atmósfera que se respiraba cotidianamente en esta población. Es decir, dada la alta cantidad de detenidos por ebriedad, nos podemos imaginar que debía ser usual un paisaje cotidiano de policías arresando gente en las calles y tabernas, así como un protagonismo

masculino en revueltas callejeras. Es decir, existió una exhibición pública de los excesos de alcohol. Esa imagen «detestable», que podía ser un síntoma de la «degradación de la raza y la sociedad», debió dar impulso a la fuerte campaña antialcohólica.

Las fuentes abren, sin embargo, otra puerta. Si analizamos los detenidos y puestos en libertad, encontramos que los concretamente procesados por ebriedad son muchos menos. Por ejemplo, es de destacar que en 1920 entraron y salieron de las comisarías 12.366 hombres y 1.259 mujeres bajo la categoría «alcoholistas», y sin embargo solo fueron procesados 50 hombres, lo que correspondía al 0,52% de los presos totales (*Anuarios estadísticos*, 1917-1930).

Las categorizaciones médicas son también referencias legales a la hora de considerar la inimputabilidad de los delitos. Es así que el Código Penal establece que no es imputable el que ejecuta un acto en estado de embriaguez, y considera que el ebrio habitual y el alcohólico deberán ser internados en un asilo:

Se considera ebrio habitual el que se embriaga periódicamente y en ese estado comete delito o provoca escándalo, tornándose peligroso. Se reputa alcoholista al que por la costumbre de ingerir alcohol, sin llegar a la embriaguez, hubiera cometido el hecho en el estado previsto en el artículo 30 del Código (Código Penal ROU, L. I, Parte general, Título I, artículos 31 y 32).

Solo es posible obtener esta información con un conocimiento preciso del ebrio, sus hábitos, sus comportamientos sociales, su «disponibilidad» para actuar en contra de las normas. Y este dispositivo de control es puesto en práctica y narrado por el doctor José Abella en la población carcelaria. Las «noticias» de esta práctica aparecieron cuando se sometió a más de mil reclusos del Establecimiento de Detención y del Penitenciario a un interrogatorio individual: «uno por uno y sin testigos, se les abordó, en una demanda de datos personales que eran en parte controlados por el extracto de la ficha delictiva que teníamos por delante» (Abella, 1952: 333). El cuestionario estaba referido a cinco preguntas:

nacionalidad, edad, procedencia o actividad precarcelaria o intercarcelaria (tratándose de los habituales); si anímicamente practicaban una amplia indulgencia respecto al uso abusivo de las bebidas alcohólicas o si por el contrario eran refractarios. En el caso del alcoholismo declarado o comprobado —tratábamos de aclarar— por la anamnesis, hasta qué punto podía encontrarse conexión directa entre el delito y la intoxicación etílica. Llegamos en nuestra encuesta a la cantidad de 473 alcoholistas confesos en una masa carcelaria que sumaba el millar exacto de reclusos (Abella, 1952: 334).

La indagación separó en subgrupos por edades y por actos criminales. El grupo de *homicidas* está compuesto por 238 reos, de los cuales 114 son identificados como «alcoholistas confesos»; en *rapiñas* se cuentan 38, de los cuales «25 declaran su indulgencia para el vicio»; entre los *violadores* hay 48 casos, siendo 35 alcohólicos declarados; entre los *proxenetas* hay 6 casos, de los cuales la mitad son comprobados y la otra mitad dudosos; y entre los *parricidas* hay 4, siendo 3 de ellos alcohólicos confesos. Según Abella:

El dudoso presenta la afectividad y moralidad tan embotadas, que hacen sospechar una debilidad especial para su sistema nervioso por predisposición hereditaria de origen alcohólico (Abella, 1952: 335).

Este análisis lo hace concluir que en todos los interrogados:

el alcoholismo se hace presente, en forma directa o indirecta. Vale decir, como elemento propulsor, que dirige el brazo armado en el instante de su ejecución criminosa; o indirectamente, degradando previamente su personalidad, crapulizándolo hasta convertirlo en un perverso, que libera sus tendencias instintivas antisociales, por ausencia de sentimientos morales; lo que lo hace que para delinquir sea innecesaria la previa ingestión de tóxico (Abella, 1952: 336).

Esta conclusión es tan rotunda que pone en duda la anterior clasificación sobre si el inculpado estaba ebrio o no en el momento de cometer el crimen. Con la sola presencia del antecedente alcohólico o la predisposición al mal debido a una «debilidad del sistema nervioso» —posiblemente herencia alcohólica—, el individuo pasa a ser un criminal producto del alcoholismo.

Y estos alcohólicos ¿qué tomaban?:

Desde luego se nos presentan dos bebidas diríamos populares con un porcentaje de consumo predominante: la caña y el vino. Es así que de los 473 encarcelados alcohólico-indulgentes [...] 219 lo son para la caña y la grapa, y 209 para el vino, ese famoso vino que los comerciantes llaman natural, pero que también lleva a la embriaguez [...] (Abella, 1952: 339).

3. A modo de reflexiones finales

El tipo de caracterizaciones y descripciones sobre el alcoholismo y los efectos sociales se han sucedido a lo largo de diferentes momentos históricos, con argumentos más o menos similares. Pero el «problema del alcoholismo» atraviesa las sociedades con diversa potencia, evidenciando que si bien hay un factor negativo como consecuencia del exceso de su consumo, también hay elementos que son valorados como positivos por hombres y mujeres en las diferentes culturas, como algo que «vale la pena».

Contemporáneamente, la psicoanalista argentina Beatriz Cortez parte del supuesto de que el consumo de alcohol cumple múltiples funciones según los diversos contextos y épocas para diferentes sectores y culturas, ya sean psicotrópicas, terapéuticas, alimentarias, calóricas (físico y sexual), de cohesión e integración, de sociabilidad, de diferenciación social, de identificación, de revitalización cultural, de control social-político-económico, de cuestionamiento, de transgresión, de desinhibición, de «válvula de escape», de adaptación a situaciones de cambio económico, productivo u ocupacional, de expansión de conciencia, de placer o de entretenimiento. Reconoce algunas funciones «positivas» en cuanto mecanismos de reciprocidad, y otras «negativas» relacionadas con la criminalidad, «ambas deben ser descritas y analizadas a partir de la estructura social que les da significación colectiva y subjetiva» (Cortez, 1988: 158). Analizando el uso del alcohol en ceremoniales cotidianos como principal meca-

nismo de cohesión social, pero también como causa de mortalidad temprana, esta psicoanalista destaca que la primera teoría antropológico/social sobre el alcoholismo fue la de D. Horton en 1943, quien sostenía que el consumo colectivo de alcohol tenía como finalidad la reducción de la ansiedad colectiva, basada en los fundamentos teóricos del culturalismo antropológico y el psicoanálisis.

La teoría de la ansiedad/alcoholismo predominante en el primer tercio del siglo xx está fundada en una hipótesis desinhibitoria producida por la intoxicación etílica. En esta línea se atribuye la mayoría de la criminalidad de los estratos bajos a la acción del alcohol. Y la abstinencia fue la contracara.

Pero la embriaguez no necesariamente conduce a determinadas conductas como la agresión; las conductas que emergen con la alcoholización tienen que ver con los límites y posibilidades de transgredir y son producto de las condiciones culturales y no del alcohol en sí. La agresividad, entonces, es resultado de las estructuras ideológicas, económicas y políticas dominantes en una sociedad. La explicación de los comportamientos no está en el objeto en sí (alcohol), sino en el contexto (condiciones de vida). Las alteraciones que produce el alcohol no están en discusión, lo que se cuestiona es que los cambios fisiológicos expliquen la «moral» individual o colectiva de los alcoholizados. Es decir, la desinhibición que produce el alcoholismo posibilita permisividades donde la norma prohíbe comportamientos en determinadas sociedades.

Los datos revelados muestran que en los tres escenarios analizados —locura, muerte, detenciones—, la visión del alienado alcohólico tuvo un fuerte impacto en el imaginario de los sectores dominantes, tanto más que las cifras. Es importante advertir que solo disponemos de los discursos médicos. Conviene señalar, sin embargo, que no es posible contrarrestar estos discursos con los testimonios de los pacientes dado que no se han guardado las historias clínicas. Estas constituirían una fuente riquísima, un conjunto de signos para descifrar si fueron derrotados o existió algún artificio creador que revelara alguna forma de resistencia.⁷

El alcoholismo fue una variable que agudizó algunas paranoias y potenció enfermedades nerviosas, pero la muerte producto del alcoholismo fue más frecuente por cirrosis y alcoholismo agudo que por locura, siendo incluso un índice comparativamente bajo con respecto a otras causas de muerte. Por último, los detenidos por alcoholismo fueron indudablemente un número importante de hombres y mujeres, que debieron haber protagonizado disturbios varios que ameritaron el comentario de los vecinos y la prensa; sin embargo, la gran mayoría fueron liberados, tal como muestran los registros de procesados por alcoholismo. El hecho es que el manicomio, el hospital y la cárcel albergaban en su mayoría población correspondiente a los sectores populares, cuyo «vicio», léase formas de relación, giraba precisamente en torno al alcohol.

7. Este repositorio de fuentes actualmente está extraviado en la Facultad de Medicina, a pesar de los denodados esfuerzos por recuperarlos del equipo de investigación del Departamento de Historia de la Medicina dirigido por el doctor Mañé Garzón, a cuyos miembros agradezco las facilidades otorgadas para acceder a bibliografía, fuentes y la orientación brindada en estos temas.

La nostalgia de las tierras y la cultura del vino, las letras de algunos tangos y poesías asociados con el desborde pasional del alcohol o el mata penas, construyó un arquetipo del consumidor de alcohol distinto al individuo que necesita control. El borracho que «no molesta», el delirante como «loco lindo» pasa a constituirse en un enfermo alcohólico que debe ser vigilado —o aislado según el caso—. Los términos vicio y enfermedad pueden compartir un mismo campo discursivo pero, en la práctica, se produjo un tránsito con consecuencias para el enfermo y la sociedad, lo que legitima la participación creciente del médico, del legislador y, más aún, de la penalización.

Si el hombre alienado es reconocido como incapaz y como loco, el alcohólico es una clase de alienado al que se le imponen dispositivos de control, pautados por el surgimiento de las primeras estadísticas, los primeros congresos, las primeras reorganizaciones edilicias, las primeras sistematizaciones organizativas y las primeras Legiones de Templanza. El vino fue considerado una bebida alcohólica cuyo peligro varió según los médicos, llegando hasta el extremo de considerarlo responsable de la «degeneración de la raza». El lugar de expendio más relevante de las bebidas era la taberna, espacio que fue objeto de críticas por parte de los médicos, por considerarlos sucios, malolientes, promiscuos o ser un ámbito natural para la socialización «peligrosa» con gremialistas o por el «despilfarro» de dinero no productivo que significaba. Pero al decir de Marcos Fernández, si bien estas prácticas fueron una expresión de rebeldía o una válvula de escape, también son una rutina de vida vinculada a espacios de sociabilidad y ocio,⁸ cosa que la élite del movimiento sindical no valoró, centrando toda su energía en ver en el alcoholismo las categorías alienación y explotación y no la práctica cultural, los espacios de sociabilidad que permitía a los sectores populares resistir la dominación y exteriorizar una sensibilidad distanciada de los valores hegemónicos.

En cuanto a la efectividad de las campañas antialcohólicas, a modo de ejemplo, en el caso de España la investigadora española Carolina Rodríguez (2005: 9) sostiene que si bien éstas pueden haber producido cierta influencia en este sentido, la hipótesis más sólida indica que los cambios del consumo están estrechamente vinculados a los cambios de los estilos de vida, fundamentalmente vinculados a una tendencia muy marcada a consumir vinos de calidad por los sectores medios y altos. Este comportamiento se advierte en una sustitución del consumo de vinos en el hogar por un consumo fuera de él, sustituyendo los vinos de mesa que acompañaban las comidas diarias por vinos de calidad más propios de restaurantes o similares.

En cuanto concepciones que se traducen en la legislación también afectan directamente la vida cotidiana. En Uruguay, la tolerancia cero al consumo de alcoholes en conductores de automóviles cambió las pautas de comportamiento en las salidas de esparcimiento fuera del hogar, incidiendo en el hábito de

8. Esta situación es similar en ambos países. Véase al respecto Fernández (2006).

acompañar las comidas o celebraciones con alcohol si luego se debe conducir un vehículo (dada la cantidad de muertes por accidentes de tránsito). Hoy los discursos médicos transitan desde el tratamiento de los consumidores de alcohol como incipientes adictos, a la asociación de centros de investigación, como la del Instituto de Investigación Clemente Estable con el Instituto Nacional de la Vitivinicultura (INAVI) para investigar sobre los efectos antioxidantes del consumo de vinos tintos y sus beneficios en la salud. Moral, medicina y religión se interpenetran una vez más; su materialización en políticas públicas implica consecuencias directas en la vida cotidiana de los ciudadanos, quienes pueden respetarlas o resistirse sin que eso, necesariamente, los lleve a terminar sus días en centros de reclusión como hospitales o cárceles.

Fuentes y bibliografía citadas

- ABELLA, José (1952). «El factor alcoholismo en nuestra población carcelaria». *Liga Nacional contra el alcoholismo*, Congreso Nacional Contra el Alcoholismo realizado en Montevideo en octubre de 1948. Montevideo: Impresora Uruguaya.
- ALMEIDA PINTOS, Rodolfo (1952). «El bebedor conspira contra sí mismo, contra la familia, contra la patria y contra la humanidad». *Liga Nacional contra el alcoholismo*, Congreso Nacional Contra el Alcoholismo realizado en Montevideo en octubre de 1948. Montevideo: Impresora Uruguaya.
- ALVARADO, Daniel Palma (2004). «De apetitos y de cañas. El consumo de alimentos y bebidas en Santiago a fines del siglo XIX». *Historia*, Santiago de Chile, núm. 37, vol. II, julio-diciembre, págs. 391-417.
- Anuario Barreiro* (1896). *Enciclopedia agrícola, ganadera, industrial, comercial y estadística de la ROU, "Higiene del Labrador"*. Montevideo: Barreiro y Ramos, año I.
- Anuarios estadísticos*. Años 1917 a 1930. ROU: Dirección General de Estadística.
- ARCE, Ivonne (1983). «Alcoholismo. Epidemiología y profilaxis». En: MARIÑO, Roberto et al. *Medicina Preventiva y Social*, tomo II. Facultad de Medicina, Cátedra y Departamento de Medicina Preventiva y Social, Montevideo: Librería Médica, págs. 490-518.
- BAPTISTA, Belén (2001). «La temprana vitivinicultura en el Uruguay (1875/1930): algunos indicadores de su desarrollo». I Congreso de Historia de la Vitivinicultura Uruguaya en el contexto regional (1870/1930), Montevideo, 6-7 de septiembre de 2001, págs. 591-619.
- BARRAN, José Pedro (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*, tomo 2, *La ortopedia de los pobres*. Montevideo: EBO.
- _____. (1999). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*, tomo 3, *La invención del cuerpo*. Montevideo: EBO.
- BELTRÁN, Washington (1910). *Cuestiones sociológicas. Lucha contra la criminalidad infantil*. Montevideo: Talleres A. Barreiro y Ramos.
- BOURDIEU, Pierre (1998). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- BOURET, Daniela (2009). «El consumo de vinos en el Uruguay del Novecientos. El desarrollo de la industria vitivinícola vrs campañas antialcoholistas». *Boletín Americanista*, Barcelona, núm. 59, págs. 155-176.
- _____. (2010). «Proyecciones y límites de los consumidores de vinos en el Uruguay del Novecientos ». En: BERETTA CURI, Alcides (ed.). *La vitivinicultura Uruguaya en la*

- Región (1870-2000). Una introducción a estudios y problemas.* Montevideo: FHCE / UDELAR / CSIC, págs. 113-139.
- BRIGNOLE, Alberto (1918). *Cartilla sobre la Tuberculosis*, aprobada y publicada por la Sociedad de Medicina de Montevideo. Montevideo: Imprenta El Siglo.
- CANZANI, Alfredo (1927). *Conferencia radiotelefónica pronunciada por el Dr. Alfredo Canzani*. Club Juventud contra el Alcoholismo. Montevideo: Talleres Gráficos Lacaño.
- CASTILLO FUENTES, Miguel Ángel y LEYVA PIÑA, Marco Antonio (2005). «Alcoholismo: del despojo de una herencia cultural a la caricatura del poder». *El Cotidiano*, México, julio-agosto, año/vol. 20, núm. 132, págs. 64-77.
- Código Penal*. (1889). Montevideo: El Siglo Ilustrado.
- CONTRERAS HERNÁNDEZ, Jesús y GRACIA ARNAIZ, Mabel (2005). *Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- ETCHEPARE, Bernardo (1909). «El alcoholismo mental en el Uruguay». *Boletín del Consejo Nacional de Higiene*. Montevideo, anexo al núm. 35, pág. 274.
- _____. (1913). «Rol de la mujer en la lucha contra el alcoholismo». *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, año XVI, núm. 7, pág. 260.
- FERNÁNDEZ, Marcos (2006). «Los usos de la taberna: renta fiscal, combate al alcoholismo y cacicazgo político en Chile. 1870-1930». *Historia*, Santiago de Chile, núm. 39, vol. II, págs. 369-429.
- FOUCAULT, Michel (1989). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- _____. (1993). *Historia de la sexualidad, tomo 2, El uso de los placeres*. Madrid: Siglo XXI.
- GARCÍA y SANTOS, Francisco (1899). *El alcoholismo. Locura y criminalidad*, Montevideo: Imprenta La Nación.
- Instituto (1935). – de Estudios superiores de Montevideo. *Boletín de Criminología y Ciencias Afines*, núm. 1. Montevideo: Talleres Gráficos de A. Monteverde & Cía.
- LAMAS, Edo. (1909). «El Alcoholismo mental en el Uruguay». *Boletín del Consejo Nacional de Higiene*, Montevideo, año IV, núm. 36, págs. 512-5121.
- Lazo Blanco, El* (1917). Montevideo, año 1, núm. 1 al 7.
- _____. (1920). Montevideo, año 3, núm. 15.
- LEGNANI, Mateo (1922). *Proyectos de Higiene*, tomo II. Montevideo: Claudio García.
- Memorias de la Policía de Montevideo (1919-1922)*. Montevideo: Barreiro y Ramos.
- MOSTAJO BAYA, Mario (1948). *Aporte al estudio del alcoholismo y la alcoholemia*. Tesis de prueba para optar al título de Bioquímico Farmacéutico. Cochabamba: Publicaciones de la Universidad de Cochabamba.
- NARANCIO, Atilio (1920). «Represión del alcoholismo. El mal». *El Lazo Blanco*, Montevideo, año 3, s/p.
- RAMOS DE VIESCA, María Blanca (2001). «La mujer y el alcoholismo en México en el siglo XIX». *Salud mental*, México, junio, vol. 24, núm. 3, págs. 24-28.
- RODRÍGUEZ, Rafael (1909) «El Alcoholismo mental en el Uruguay». *Boletín del Consejo Nacional de Higiene*, Montevideo, año IV, núm. 36, págs. 522-551.
- RODRÍGUEZ DONATE, M.^a Carolina (2005). *Análisis de las decisiones de consumo de vino en Tenerife mediante modelos de elección discreta*. Memoria de Doctorado en Ciencias Económicas. Universidad de la Laguna: Departamento de Economía de las Instituciones, Estadística Económica y Econometría.
- SALTERAIN, Joaquín de (1916). *El alcoholismo en el Uruguay. ¿Qué es lo que debe y puede hacerse en contra?* Montevideo. Conferencia leída en La Lira el 22 de mayo de 1915. Montevideo: Imprenta El Siglo Ilustrado.

- _____ (1923). «Breves anotaciones sobre el alcoholismo en Uruguay». Trabajo presentado ante el 2.º Congreso de Mutualidad y Previsión Social, celebrado en Río de Janeiro en julio de 1923. Montevideo: Revista Médica del Uruguay, págs. 10-32.
- SEDEILLAN, Gisela (2008). «La penalidad de la ebriedad en el Código Penal y en la praxis judicial bonaerense: 1878-1888». *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, La Plata, núm. 8, págs. 151-171. Disponible en: http://www.fuentes-memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.3215/pr3215.pdf
- SEPÚLVEDA, Eduardo A. Godoy (2011). «Lucha temperante y “amor libre”. Entre lo prometeico y lo dionisiaco: el discurso moral de los anarquistas chilenos al despuntar el siglo xx». *Cuadernos de Historia*, Santiago de Chile, núm. 34, págs. 127-154.

Fecha de recepción: 9 de junio de 2012

Fecha de aceptación: 3 de septiembre de 2012