

X Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Escuela de Historia de la Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional del Rosario. Departamento de Historia de la Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Litoral, Rosario, 2005.

Las políticas de salud: el caso de los hospitales en Tucumán a fines del siglo XIX.

Fernández, María Estela.

Cita:

Fernández, María Estela (2005). *Las políticas de salud: el caso de los hospitales en Tucumán a fines del siglo XIX*. X Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Escuela de Historia de la Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional del Rosario. Departamento de Historia de la Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Litoral, Rosario.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-006/464>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

X JORNADAS INTERESCUELAS/DEPARTAMENTOS DE HISTORIA

Rosario, 20 al 23 de setiembre de 2005

Título de la ponencia: **Las políticas de salud: el caso de los hospitales en Tucumán a fines del siglo XIX**

Mesa temática N° 49: Historias de políticas públicas de salud, enfermedades e instituciones en Argentina y América Latina en los siglos XIX y XX

Autor: Fernández, María Estela

Pertenencia institucional: Universidad Nacional de Tucumán, Facultad de Ciencias Económicas. Docente-Investigadora

Dirección: Perú 552. 4107 Yerba Buena. Tucumán. T. 4355283

Correo electrónico: marielaf@arnet.com.ar

Introducción

La institución hospitalaria en la actualidad tiene como objetivo fundamental y excluyente la curación del enfermo a través de personal especializado y del uso de procedimientos y técnicas específicas. Este concepto “moderno” fue resultado de un largo proceso coincidente con la gestación de políticas públicas destinadas a contemplar la problemática de la salud y enfermedad de la población, que incluyeron diversos tipos de reglamentaciones, medidas sanitarias e instituciones específicas.

El presente trabajo se propone explorar la problemática hospitalaria en Tucumán a fines del siglo XIX, período en el que las iniciativas de la esfera estatal se combinaban con la órbita privada, y donde el hospital se concebía todavía como una institución de salud que incluía, además del cuidado de los enfermos, otras funciones asistenciales ligadas al concepto de caridad cristiana. Nuestro estudio pretende, por lo tanto, analizar la emergencia y características del hospital como institución, las conexiones de los poderes públicos con los sectores

privados, y los cambios que pautaron su evolución -hacia una concepción más moderna- hasta promediar el siglo.

La cuestión sanitaria en Tucumán en el siglo XIX

Un recorrido por las primeras décadas del siglo XIX revela en Tucumán un estado sanitario particularmente deficiente, donde la falta de higiene convertía a la ciudad en un foco de infecciones y enfermedades y la carencia de hospitales y médicos permanentes resultaba determinante para la no resolución de los cuadros epidémicos y la rápida proliferación de enfermedades infectocontagiosas. A esto se sumaban las malas condiciones de vida material de importantes sectores de la población y las particularidades del clima, que continuaron incidiendo en la proliferación de ciertas patologías incluso avanzado el siglo. La incidencia de determinadas enfermedades en la salud de la población y los altos niveles de mortalidad fueron marcando puntos de inflexión en la percepción del Estado y de la sociedad respecto a las cuestiones de salud, en especial en situaciones de fuerte impacto como ocurrió con la epidemia de cólera de 1886-1887.

Por esos años la provincia experimentaba un proceso de crecimiento y modernización económica sin precedentes que modificó sustancialmente su estructura productiva, provocando profundas transformaciones que alteraron el espacio físico, el crecimiento demográfico y el ritmo de vida de sus habitantes. Sin embargo estos cambios no se tradujeron en mejoras en las condiciones de vida ni en las condiciones sanitarias, que resultaron decisivas en la virulencia y persistencia de enfermedades epidémicas y endémicas.

El atraso en el ámbito de la salud se daba en un contexto de desarrollo económico -basado en la industrialización azucarera- en el que se produjo un considerable incremento de la población de la provincia, que prácticamente se duplicó según los dos primeros censos nacionales. El aumento demográfico se hizo evidente sobre todo en la ciudad capital, San Miguel de Tucumán, que pasó de 17.438 habitantes en 1869 a 34.306 en 1895 y contribuyó a incrementar los problemas en las condiciones de la vida urbana. Numerosas carencias relacionadas, entre otras, con la disponibilidad de viviendas y la falta de

infraestructura sanitaria, aparecieron como emergentes de una realidad en la que convivían viejos y nuevos problemas y donde fue cada vez más notoria la necesidad de servicios. En este sentido cobrarán impulso preocupaciones referidas al mejoramiento de las condiciones de vida y a los problemas relativos a la salud de la población, en un medio donde las enfermedades y la elevada mortalidad eran algunos de sus signos más preocupantes.

En lo relativo a la higiene, en reiteradas ocasiones la prensa aludía al estado de la ciudad: *“... en primer término podemos asegurar que Tucumán desde el primero al último rincón es un verdadero foco de infección: los mataderos despiden olores malsanos... no se cumplen los preceptos higiénicos; los conventillos son un verdadero peligro; las calles están convertidas en lodazales, siempre que llueve, los perros y demás animales muertos permanecen días enteros en la vía pública, y en una palabra tenemos por ciudad un circuito lleno de materias que sólo sirven para viciar la atmósfera a fin de que luego respiremos aires malsanos...”*¹. Si bien el cuadro presentado tenía un objetivo político y apuntaba a resaltar las falencias del gobierno municipal, los datos son coincidentes con los de otras voces que denunciaban los problemas derivados de la insuficiencia de una política dirigida a la salud y a la higiene públicas.

En el ámbito específico referido a la salud de la población, en 1869 había 6 médicos para toda la provincia, 2 parteras y 55 curanderos -6 en Capital y 49 en el resto del territorio provincial-, cifras que reflejan la falta de atención profesional de las enfermedades, sobre todo en la zona de la campaña.² Hacia 1895 el número de médicos y parteras habían aumentado a 33 y 37 respectivamente y el de curanderos había descendido a 6.³ Las iniciativas de los poderes públicos eran escasas y se daban prácticamente en la órbita municipal, de modo que no estaba involucrada la totalidad de la provincia sino sólo el área urbana, representada por los municipios de Capital y Monteros. No existía entonces una política sanitaria

¹ “El Orden”, 16.1.1890.

² Primer Censo de la República Argentina, 1869, Imprenta El Porvenir, Bs As, 1872, p. 507.

³ Segundo Censo de la República, 1895, T. II, p. 555. Esta disminución podría deberse a cuestiones de subregistro; tal vez muchos no declararon su “oficio” por la existencia de un reglamento sobre el ejercicio de la medicina de 1894, que intentaba contrarrestar los efectos del curanderismo en la provincia.

global y a nivel institucional había un solo organismo, el Consejo de Higiene Pública, creado en 1887 en reemplazo del antiguo Tribunal de Medicina.⁴

Un informe del año 1895 expresa los avances y limitaciones en el campo de la salud-enfermedad llevados a cabo hasta ese momento. En líneas generales se aplicaban medidas relativas a la higiene pública y desinfecciones para combatir la propagación de enfermedades infectocontagiosas, y existían ordenanzas municipales que reglamentaban el ejercicio de la medicina, farmacia y demás ramos del “arte de curar” y el control de las “casas de tolerancia”. No obstante las leyes sobre higiene y administración sanitaria eran insuficientes e incompletas y la escasez de recursos impedía cubrir todas las necesidades, tanto en lo relativo a las mejoras en los servicios urbanos como a la atención de instituciones como el Hospital Mixto, que funcionaba en la ciudad capital y contaba con una escasa subvención del gobierno de la provincia.⁵

Si bien los poderes públicos comenzaban a tener mayor ingerencia en las cuestiones de salud -y en un marco más amplio en las cuestiones sociales- el período tuvo la impronta del papel secundario o subsidiario del Estado en la acción social hacia los pobres, realizada con criterios benéficos, y con un margen de amplia participación de la iniciativa particular. En los hechos el poder estatal impulsaba o apoyaba la diagramación de instituciones -como ser los hospitales- junto a otro tipo de actores y sectores de la sociedad civil -las organizaciones de beneficencia- en un proceso en el que paulatinamente aumentaba la influencia de la corporación médica y se intentaban definir espacios de poder.⁶

Los orígenes del hospital en Tucumán

Así como en el caso de la enfermedad existen diferentes conceptos que tienen el sello de su época y reflejan en forma implícita los patrones culturales de

⁴ El Tribunal de Medicina fue el primer organismo para las cuestiones de salud, creado por el gobierno provincial en 1863, a fin de actuar frente a la propagación de curanderos, dictar medidas de salubridad pública, controlar el ejercicio de la profesión médica. Desde 1868, cuando se constituye la municipalidad de la capital pasará a funcionar en ese ámbito. *Compilación Ordenada de Leyes, Decretos y Mensajes de la provincia de Tucumán*, V.III, 1863, p. 93.

⁵ *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1895: Consideración sobre la provincia de Tucumán, Informe del Consejo de Higiene al DNH, 30.3.1895, pp. 270-273.

la sociedad en que se dieron y prevalecieron, el concepto de hospital encierra también más de un significado vinculado a un tiempo y a una realidad determinados. En la actualidad, el hospital remite a “un lugar en el cual los miembros de la comunidad pueden obtener servicios destinados a devolverles la salud y su objetivo principal es la cura del enfermo a través de un personal y equipamiento técnico apropiados para cumplir con fines terapéuticos concretos”. (Rubio Vela, 1984, p.13). El hospital moderno es también un lugar de enseñanza, y un centro de aprendizaje y de investigación donde se amplía el conocimiento científico de las enfermedades.

El concepto “antiguo” difiere notablemente de este contenido y nos remite al período medieval, cuando los hospitales europeos eran instituciones concebidas para la práctica de la caridad y más que como lugares de curación funcionaban como centros de cuidado de los pobres, donde se daba acogida no sólo a los enfermos sino a todo aquel necesitado de alojamiento. Básicamente eran centros de beneficencia entre cuyas funciones figuraba la de curar, pero no de modo exclusivo sino complementario de otras funciones, como las de hospedaje, asilo, refugio. Así, el hospital era, esencialmente, un instrumento para aliviar el sufrimiento, para disminuir la pobreza, para erradicar la mendicidad y mantener el orden público.(Piñeyría, 2001, p.65) De este modo, las denominaciones de hospital, hospicio, hostería y hotel - derivados de la palabra latina hospes, que significa huésped- representan la gran cantidad de funciones del hospital medieval: hospital, casa de caridad, asilo, orfanato, hospedaje para peregrinos y casas para pobres. (Peusner, 1979, p. 165)

Durante los siglos siguientes se fue construyendo un nuevo concepto sanitario, político y hasta arquitectónico de los hospitales y su funcionalidad. Sin embargo, este proceso tuvo sus particularidades en relación a lugares y tiempos y no implicó trayectorias homogéneas.

En Tucumán, el primer hospital del que se tiene registro en el siglo XIX es de 1806, cuando las Actas Capitulares del Cabildo tratan sobre “*algunos arbitrios*

⁶ Existían organizaciones privadas sin conexión con el gobierno, como las asociaciones de colectividades extranjeras que también ofrecían servicios médicos a sus afiliados.

que proporcionen un como aloxamiento de tantos pobres enfermos que rodean esta ciudad.... que....se travaxase en una casa para hospital... que para soportar los gastos de la obra se pidiese semanalmente limosna...” Se establecía “abrir un hospital público en quanto tengan los auxilios precisos los pobres enfermos que mueren de necesidad, y al mismo tiempo, se impida el contagio que causan los lasarientos y calenturientos que andan por las calles mendigando el sustento....”⁷

De este modo se introducían algunos principios que darían la tónica por muchas décadas, en cuanto a los destinatarios de la atención, los pobres; a la práctica de apelar a la caridad para su sostenimiento; a la necesidad de aislar los enfermos para prevenir el contagio y preservar a la población sana.

De acuerdo a las fuentes consultadas la concreción de esta casa-hospital se diluye en los años posteriores, signados por la revolución y la guerra. En esos tiempos los que se denominaban “hospitales” eran lugares habilitados -casas o cuartos- por las necesidades sanitarias propias de un estado de emergencia. Tales los casos de los hospitales erigidos en tiempos de guerra como el “hospital de sangre”, organizado por Belgrano en 1812; el “hospital de prisioneros” de 1813; el “hospital militar de medicina y cirugía” de 1814; el “hospital militar” de 1815, que se instalaban para atender a los soldados heridos y enfermos, y eran levantados cuando desaparecían las causas que habían motivado su creación. (Pérez de Nucci, 1992, pp. 60-63)

En un contexto más amplio, la cuestión hospitalaria refleja la inexistencia de un tratamiento público respecto a la salud durante la primera mitad del siglo XIX, en un marco de inestabilidad política y de vaivenes en la economía provincial. No hay prácticamente registros de medidas que contemplen las enfermedades y la higiene de la ciudad y los hospitales eran circunstanciales. La segunda mitad del siglo marca el inicio de una fase diferente en lo que podríamos llamar servicios de salud, con la introducción de disposiciones referidas a la higiene y control de enfermedades.⁸ No obstante las mismas seguirán siendo escasas, y la falta de infraestructura impedía lograr cierto equilibrio en la esfera de la atención médica,

⁷ A.H.T., Actas Capitulares, Años 1799-1814, V.X., ff. 230-233.

⁸ Dos hitos importantes fueron la creación del Tribunal de Medicina en 1863 y luego de la municipalidad en 1867, con funciones específicas de higiene y salud.

entre la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la atención y curación de los enfermos. En este sentido, el establecimiento del hospital representaba *“una de las primeras necesidades de la provincia”* y el gobierno decide la *“terminación y arreglo de la casa destinada a hospital”* entregando su dirección a la Sociedad de Beneficencia.⁹

Durante el período en estudio será esta institución benéfica quien tenga bajo su administración la atención hospitalaria en Tucumán: hospital de hombres, hospital de mujeres, hospital mixto y hospital de niños, que fueron las variables que se dieron. El papel de la Sociedad de Beneficencia en la atención de la salud de la población pobre supone precisar algunas cuestiones que atañen al vínculo y la concepción que sostenía las acciones benéficas, y su relación con el Estado.

En síntesis, durante el siglo XIX en Tucumán el hospital era una institución donde no existía una diferenciación total de las funciones asistenciales y de salud, tanto en lo conceptual como en las representaciones y en las prácticas. El hospital combinaba la asistencia médica a los enfermos con la función asistencial, y si bien los vocablos “pobres” y “enfermos” se diferenciaban, a veces se confundían y, en definitiva, la enfermedad era vista como una forma de pobreza. Por otra parte, el hospital fundaba su existencia en la atención prácticamente exclusiva de los pobres; se sostenía con el aporte de la caridad pública y con el concurso del Estado, y en su administración y control actuaban las organizaciones privadas y los poderes públicos.

Estado y beneficencia

La emergencia del hospital como institución representa uno de los modos en que el Estado fue incorporando a su agenda las políticas de salud, y su origen, diferenciación y expansión reflejan la conversión de cuestiones particulares en objeto de atención e interés público. Constituye también un modelo de institución asistencial que combina la acción estatal con la beneficencia, exteriorizada en organizaciones de la sociedad civil y sustentada en el concepto de caridad.

⁹ Digesto Municipal, T. I, 17.7.1858, p. 258.

Según Wolf, la caridad puede ser definida como la “institucionalización de la imagen social de la pobreza”. En la medida en que la pobreza era, además de una realidad económica, una imagen social percibida por todos, generaba respuestas que iban desde la caridad hasta la protección social estatal. En este sentido se establecían relaciones sociales regidas por reglas que afectaban tanto a los individuos como a las instituciones y que, agregamos, configuraban normas implícitas en las conexiones entre la órbita pública y la privada. (Wolf, 1990, p. 96)

En el origen mismo de la Sociedad de Beneficencia de Tucumán, creada por un decreto del gobierno provincial en 1858, se establecieron algunos de los principios que caracterizarían su relación con el poder público.¹⁰ La institución estaba dirigida y administrada por mujeres de la élite, con cierta autonomía en sus decisiones, pero sujeta -por el aporte económico oficial que recibía- a un permanente control y supervisión. De este modo el Estado asumía la responsabilidad de algunas cuestiones asistenciales pero a través de una organización privada -supeditada a su inspección- dedicada a la atención de mujeres, ancianos, niños y enfermos. (Fernández, Landaburu, Macías, 1998, pp. 98, 99). La particularidad del caso tucumano consiste en que confluyeron el interés económico de la élite azucarera y el político del Estado para dotar a la caridad y a la filantropía de mayor alcance y eficiencia, como instancias superadoras de la limosna individual: *“Todo cambia y se transforma en la naturaleza en la historia y en la sociedad...ni la caridad, ni la mendicidad son como eran. Ha poco tiempo, salían los leprosos a la calle y recorrían la ciudad mostrando sus llagas a los transeúntes....hoy no se ve cosa parecida. La caridad pública, que antes se ejercitaba aisladamente y que eras por eso mismo menos eficaz, los ha recogido en asilos y hospitales.. .En vez de salir a pedir de puerta en puerta, las damas se han organizado en sociedad...”*¹¹

En relación a las normas que irán definiendo el funcionamiento y la relación Estado-Beneficencia, el caso del hospital implicó la primacía de donaciones,

¹⁰ La Sociedad de Beneficencia fue creada en 1858, compuesta por las “matronas más distinguidas por su moral, virtud, capacidad y bienestar” y se ponían bajo su inspección y dirección “la educación de las niñas, el hospital y todo otro establecimiento público dirigido al bien de todos los individuos de su sexo, y demás que puedan establecerse por la caridad pública, mientras no funcione la municipalidad”. Digesto, op.cit., p. 408.

legados, limosnas y otros fondos sobre la *“dotación que el gobierno le señalará si fuese necesario”*, con lo que de alguna manera -por lo menos en esta primera etapa-, se privilegiaba su sostenimiento por la vía de la contribución particular y no por el aporte oficial. Sin embargo el gobierno establecía mecanismos de control sobre la recaudación e inversión de los fondos y formas de supervisión sobre las obras.¹² El funcionamiento de la institución bajo la órbita de la municipalidad desde 1870 supuso nuevas pautas en cuestiones de carácter médico-higiénico: la designación del médico y el control de los asuntos de higiene del hospital eran atribuciones del gobierno municipal, que incluso podía reasumir la administración directa del establecimiento cuando lo creyera conveniente.¹³ Por su parte, el gobierno provincial podía modificar y aprobar el Reglamento de la Sociedad, que fundaba su subsistencia en *“sus propios esfuerzos filantrópicos, apoyada por la caridad pública”*, y en el apoyo económico de las autoridades nacionales y provinciales. Resultaban esenciales la contribución de las socias -a través de una mensualidad pagada por trimestres anticipados-, y las gestiones que debían realizar para conseguir donaciones de particulares y obtener recursos de las autoridades.¹⁴

Las relaciones entre la Sociedad de Beneficencia y los poderes públicos pareció no presentar demasiados puntos de conflictividad, al menos en esta primera etapa que -en este estudio- abarca desde su creación hasta 1900. Esto se explicaría en parte por la conformación social de la entidad que permitía canales de comunicación fluidos entre sus miembros y los sectores de la élite gobernante, y tal vez porque en esta instancia el poder político y la corporación médica no habían definido sus competencias en el ámbito de la salud. Sin embargo debieron existir situaciones de tensión en la medida en que los conflictos políticos, los enfrentamientos de las facciones en pugna y los problemas financieros afectaban

¹¹ “La Razón”, 27.11.1878.

¹² Digesto, op. cit., pp. 409-410.

¹³ Digesto, op. cit., 13.4.1877, p. 411. Asimismo la Corporación Municipal establecía una subvención para el pago de empleados y gastos de administración, mientras el médico y los gastos de botica correrían por cuenta del tesoro municipal.

¹⁴ Digesto, op. cit., Reglamento Interno de la Sociedad de Beneficencia, 1872, pp. 41-51.

las decisiones y la provisión de fondos para la institución, cuestión que excede a este trabajo y que requiere ser estudiada.

Las respuestas frente al desempeño de la Sociedad de Beneficencia no fueron homogéneas y hubo críticas o elogios en relación al manejo del hospital, que salieron a luz en la prensa de la provincia. En 1881 un artículo de “El Republicano” señalaba que: *“Estos establecimientos de caridad, creados por la ley para objetos tan nobles y sagrados, no responden casi a esos fines, no ya por la organización que tienen, que no es mala, sino por la mala dirección, por la poca solicitud de esa sociedad a la cual fueron entregados para su atención: la Sociedad de Beneficencia”*. Se alentaba la idea de que la municipalidad reasumiera la administración directa y exclusiva del hospital de hombres, se desestimaba la atención que hacía del hospital e iba más lejos al aducir que en Tucumán la Sociedad de Beneficencia se *“ocupa más del chisme y de la intriga, de rencillas de chinitas... antes que de la alta misión que se les ha impuesto”*...¹⁵ En esta denuncia, que exceptuaba a *“muchas matronas respetables”* y no desconocía la *“honorabilidad y buena voluntad de muchas personas”*, las consideraciones de género en los calificativos empleados asociados a la condición femenina -que por prejuicio las equiparaba a una franja de mujeres de sectores populares-¹⁶, se combinaban con las críticas a la administración que realizaban. El diario exigía “por lo menos” la entrega del hospital de hombres, que se suponía especialmente mal manejado por la sociedad. La supuesta discriminación en el tratamiento del hospital de hombres respecto al de mujeres -según el diario mejor atendido- parece expresar el recelo de aceptar que un grupo de mujeres administraran un establecimiento de hombres, mientras se toleraba que se encargaran de otras mujeres, de niñas y de ancianos. La reacción en defensa de la Sociedad de Beneficencia provino del diario “La Razón” y la situación no pasó a mayores. Una óptica diferente mostraba “El Orden” en 1894, resaltando las virtudes de la entidad benéfica y la conveniencia de que la municipalidad entregue

¹⁵ “El Republicano”, 16.6.1881.

¹⁶ El término “chinita” indicaba un origen étnico y una actividad laboral, usado primero para nombrar a las indígenas dedicadas al servicio doméstico y que perduró durante el siglo XIX para nombrar a las mujeres que se “ocupaban” en casas de familia.

el Hospital Mixto a su total administración. La crítica se dirigía en este caso al gobierno municipal: *“produce náuseas, apena el ánimo y causa lástima la situación a que están reducidos los enfermos... haciendo pensar al que visita aquel asilo de los dolientes que la municipalidad no puede seguir administrándolo, toda vez que carece de aptitudes para ello...”* Además del interés en la situación del hospital en sí misma, en el trasfondo de estos artículos subyace la cuestión política, que llevaba a resaltar o descalificar la acción del gobierno municipal o provincial, y la labor de la asociación benéfica, y la cambiante posición del diario, oficialista u opositor según el poder de turno.

El hospital en Tucumán hacia fines del siglo XIX.

En la década de 1870 existía en la ciudad capital sólo el “Hospital de Hombres” u “Hospital de Caridad”. En el mismo se habilitó en forma provisoria un salón con quince camas para asistir a enfermas mujeres, construyéndose una pared divisoria en el patio para independizarlo del sector de hombres,¹⁷ que funcionó hasta que se erigió el hospital de mujeres, proyectado por la Sociedad de Beneficencia. El gobierno cedió un sitio de propiedad pública para su construcción y comprometió una subvención, una “pequeña suma” mensual para *“ayudar al sostenimiento de una casa destinada a servir de asilo a las infelices de toda la provincia, que vayan a ella en busca de asistencia y salud”*.¹⁸ Observamos que seguía predominando la concepción basada en la caridad, en tanto la “ayuda” significaba una contribución y no una obligación asumida como responsabilidad pública. Por otro lado los conceptos de asilo y asistencia remiten a esa concepción “antigua” de hospital, donde la atención de la enfermedad no era el objetivo excluyente.

La inauguración del “Hospital de Mujeres” en 1874 puso de relieve la gravitación de la Sociedad de Beneficencia en la provincia y en el ámbito de la asistencia a los pobres. La prensa destacaba la relevancia de una obra concretada con limosnas, bazares, rifas, bailes, subvenciones estatales y suscripciones de las

¹⁷ Digesto, op. cit., pp. 410-411.

¹⁸ Compilación, T. V., pp. 420-422.

mismas socias, y los beneficios para la población en general: *“Establecimientos de esta naturaleza honran a la ciudad....; la libran de enfermedades que por no ser bien atendidas pueden hacerse endémicas; dan al trabajo y a la riqueza común todos aquellos brazos y todas aquellas inteligencias postradas por las enfermedades; evitan delitos que muchas veces por necesidad se perpetran; concentran la miseria en un sitio aislado, evitando así que sufra con su asqueroso aspecto una gran parte de la población....”*¹⁹ De alguna manera, la concepción generalizada sobre la pobreza -considerada propia del orden natural- llevaba a que la acción caritativa no cuestionara su existencia sino más bien apuntara a lograr una “reparación social”, atenuando situaciones irritantes y tratando de buscar cierto equilibrio. En este sentido se intentaba corregir ciertos efectos que la pobreza generaba, como las enfermedades, agudizadas por las carencias que sufrían algunos sectores y que afectaban la productividad del trabajo. La prensa, entonces, no hacía sino reflejar una concepción que priorizaba la necesidad de incrementar la fuerza laboral, controlar la posible peligrosidad de los sectores más postergados y aislar la miseria.

A comienzos de la década del 80' los dos hospitales parecían no reunir las condiciones indispensables de higiene ni satisfacer las necesidades sanitarias de la población.(Bousquet, 1882, p. 675). La idea de un edificio más completo y moderno se gestó en el seno de la Corporación Municipal, donde comenzaban a gravitar las ideas del higienismo a través de camadas de profesionales médicos -recibidos en la Facultad de Medicina de Buenos Aires-, decisivos en la génesis de medidas e instituciones para mejorar la salud pública.²⁰ La construcción del “Hospital Mixto” fue impulsada por el Dr. Angel Padilla y concretada mediante el concurso oficial y privado. Sin embargo en este caso notamos una mayor ingerencia estatal, no sólo en las contribuciones y mecanismos favorecidos desde el Estado para la construcción del establecimiento, sino en las instancias de gestación, organización y evolución futura. Desde el inicio del proyecto se hizo

¹⁹ “La Razón”, 20.5. y 27.9.1874

²⁰ Algunos de estos profesionales podrían encuadrarse en la categoría que hace González Leandri de “médico político”, involucrado en la política de facciones, constructor y producto tanto del Estado como de su

necesario -por la magnitud de la obra, que difería del concepto de “casa-hospital”- reglamentar acerca de las fuentes de financiamiento, derivadas de la mitad de la recaudación de los impuestos sobre carneo de animales, de la venta de los hospitales existentes y de donativos particulares y de asociaciones. Resultó indispensable además contraer dos créditos con el Banco de la Nación y apelar a contribuciones del gobierno nacional.²¹

Uno de los aspectos que hacían a un concepto más “moderno” de este nuevo hospital era el plano arquitectónico, con un esquema de pabellones para las internaciones de los enfermos, galerías en los extremos, y un cuerpo equidistante y separado para los baños y la sala de operaciones (Lecuona, 1973, p. 41). Sus posibilidades hacen pensar en que las prestaciones de salud todavía eran precarias, aunque este diseño ya suponía un desarrollo respecto a los hospitales anteriores.²² Las modificaciones que irá sufriendo el edificio original acompañaron los nuevos criterios referidos a la salud: construcción de nuevos pabellones, baños, sala de cirugía, sala de desinfección, departamento de maternidad.²³ Estos conceptos fueron decisivos también en el caso del Hospital de Niños, fundado en 1899 a instancias de la Sociedad de Beneficencia, cuyos planos revelan todavía mayor organicidad y funcionalidad en relación a los requerimientos médicos.

En el funcionamiento de los hospitales en Tucumán diferenciamos diferentes aspectos: el material, que comprendía el financiamiento y dirección del establecimiento; el sanitario, relativo a la higiene y a la atención médica; y el espiritual, en tanto se veía a la religión como alivio y regulación de la conducta humana.

Ya señalamos el tipo de sostenimiento -privado y estatal- de los hospitales. Correspondía a una comisión de la Sociedad de Beneficencia examinar el servicio

profesión, que combinaba el carácter técnico y el político en los espacios que ocupaba. González Leandri (2000, pp. 234-235)

²¹ Digesto, T. II (Años 1883-1893), p. 209 , 212, 217. En 1890, con el argumento de que las rentas municipales eran insuficientes, se creó un Comisión Protectora, cuya función era obtener recursos para el Hospital apelando a los “filantrópicos sentimientos de la población”. Digesto, T. IV, p. 279.

²² Peusner (1979, p. 181) El diseño estaba inspirado en el hospital Laiboisiere de París, concluido en 1854, que inaugura una nueva época en los edificios hospitalarios.

²³ En uno de los nuevos pabellones, creado por la Cruz Roja y la Asociación de voluntarios italianos, la atención era gratuita para los miembros de estas organizaciones pero otras personas debían abonar una suma para ser atendidos.

en las oficinas y salas del hospital y al médico municipal y al mayordomo cumplir con la atención de los enfermos.²⁴ Por su parte, un Capellán cubría el servicio religioso -misas y fiestas en la capilla del hospital, administración de sacramentos, visita a moribundos etc-, y las Hermanas de Caridad colaboraban en la administración interna y en mantener la disciplina para que *“reine el orden y la moralidad”*.²⁵ Observamos que el sentido religioso impregnaba la institución y se materializaba en la capilla construida, en las ceremonias, en los días especiales para comunión de los enfermos, en los nombres asignados a los pabellones que tuvo el Hospital Mixto: “La Samaritana”, “La Divina Pastora”, “San Roque”, “San José”.²⁶

En el orden de los enfermos asistidos encontramos que no todos eran admitidos. En primer lugar la aceptación se hacía previa presentación del boleto del comisionado municipal -acreditación de pobreza-; y había enfermos “excluidos” que no eran alojados ni recibían atención médica. Si bien se establecía *“recibir y curar los enfermos pobres, sin distinción de nación, condición, ni religión”*, no se aceptaban los enajenados mentales ni los atacados de enfermedades infectocontagiosas, y hubo casos denunciados por la prensa que mostraban las limitaciones de un hospital que no atendía todas las patologías.²⁷ Como se priorizaba la necesidad del aislamiento para evitar su propagación, la existencia de “hospitales paralelos” fue una constante en estos años, sobre todo en los casos de epidemias, cuando se establecían lazaretos o casas de asilamiento para variolosos o coléricos. En el hospital de mujeres se especificaban otros tipos de “excluidas”: las *“incurables a juicio de los médicos, las atacadas de enajenación mental, las presas incomunicadas y las parturientas”* por carecer el establecimiento de las comodidades necesarias.²⁸ Hubo casos, como el de “las locas del asilo”, en que seis mujeres fueron asiladas en el hospital en forma

²⁴ Digesto, T. I., Reglamento del Hospital de Caridad, 1870, pp. 34-37.

²⁵ Digesto, op. cit., p. 41; “La Razón”, Reglamento del Hospital de Mujeres, 26.7.1878.

²⁶ Digesto, T. IV(1890-1900), p.1. De modo similar, el Hospital de Niños, estaba “bajo el amparo del “Niño Jesús” y la administración de la congregación de las Terciarias franciscanas.

²⁷ Digesto, T. I, p. 35; Reglamentos de 1870 y 1886; “El Argentino”, 8.8.1878.

²⁸ “La Razón”, 26.7.1878.

provisoria y luego remitidas a Buenos Aires con custodia.²⁹ No obstante, se dieron situaciones de alienados enviados a la Capital que no fueron admitidos, suscitando la queja del gobierno de Tucumán. La decisión del rechazo fue justificada por Emilio Coni, director de la Asistencia Pública, por el estado del Hospicio de las Mercedes, donde el hacinamiento impedía aumentar aún más el número de enfermos, la falta de fondos y el hecho de que para la admisión las autoridades remitentes debían pagar las hospitalidades respectivas.³⁰ Esto revela las dificultades que presentaban los hospitales de Buenos Aires, agudizadas por las demandas de otras provincias del interior del país.

La situación de los “excluidos” fue revirtiéndose en parte a medida que el hospital como institución adquirió mayor desarrollo y fue incorporando nuevos servicios hacia fines de siglo: departamento de maternidad en el hospital mixto en 1885; sala de desinfección en 1896; escuela de parteras en 1897; casa de desinfección en 1900.

Los reglamentos que se aplicaron en los hospitales en Tucumán, además de establecer normas de funcionamiento, ofrecen una visión de lo que se creía efectivo y adecuado para el cuidado de los enfermos. En este sentido fue necesario reformularlos en la medida en que fue adquiriendo más poder la corporación médica, que cuestionó, por ejemplo, la amplitud de atribuciones de la Superiora de las Hermanas de Caridad. Por otro lado la evolución en los servicios requería también actualizar el cuerpo médico, en el que notamos un crecimiento y una mayor especialización: el médico interno, que debía vivir en el hospital, el médico director, los médicos de sala, el director de la escuela de parteras y el médico de la maternidad.³¹

Al promediar el siglo dos visiones contrapuestas expresan la realidad hospitalaria en Tucumán. Una, traducida por la prensa de carácter político, que hacía responsable al gobierno municipal o provincial de las deficiencias en la política de salud. En el caso del Hospital Mixto son reiterados los artículos, comentarios y noticias referidos al estado de la institución, donde el problema más

²⁹ “El Orden”, 4.10.1886.

³⁰ Anales del Departamento Nacional de Higiene, 1893, pp. 1-3.

³¹ Memoria del Departamento Ejecutivo. Municipalidad de la ciudad de Tucumán, 1898.

grave era el hacinamiento de enfermos: “... *produce náuseas, apena el ánimo y causa lástima la situación a que están reducidos los enfermos...*”, con pabellones con 70 camas y 100 enfermos. La otra visión provenía de representantes del cuerpo médico y fue volcada en las memorias anuales, donde aparecían las necesidades -más construcciones, mayor división de servicios- y los progresos logrados: “*la marcha del establecimiento ha sido perfectamente regular; los servicios han estado bien atendidos, y las exigencias del público...han sido satisfechas ampliamente.....un hospital como el nuestro, que atiende un número tan crecido de menesterosos y que día a día va mejorando sus condiciones, merece indiscutiblemente el concurso más decidido..*” Los informes abarcaban datos sobre atenciones en el consultorio externo, farmacia, servicios e incluía cuadros estadísticos de enfermedades y causas de muertes³² que daban cuenta de los avances producidos, aún cuando estos coexistían con numerosos problemas y deficiencias.

Conclusiones

El estudio de la cuestión hospitalaria en Tucumán es revelador de un proceso en el que advertimos diferentes instancias en lo que podríamos denominar “políticas de salud.” La segunda mitad del siglo marca una fase de arranque en las cuestiones de salud-enfermedad, con la creación del Tribunal de Medicina, la implementación de medidas de higiene pública y la preocupación de establecer un hospital, institución precaria en lo material, no sólo desde el punto de vista físico -“casa-hospital”- sino en la atención que brindaba. Esto se relacionaba, en un contexto más amplio, con la falta de infraestructura sanitaria, la escasez de médicos y los exiguos fondos que el gobierno destinaba a la salud.

En el caso del hospital, institución de carácter médico-asistencial, el rasgo distintivo fue la combinación de la órbita pública con la privada -Estado y Beneficencia- que compartieron su administración y sostenimiento en base a una concepción caritativa de la salud. Diferentes fueron los actores que intervinieron en su funcionamiento: las damas de la Sociedad de Beneficencia, a cargo de la

³² Memoria, 1897, pp. 47-71.

dirección del establecimiento; los médicos y religiosos/as, que atendían la salud física y espiritual de los enfermos, respectivamente; los poderes públicos, con funciones de control y supervisión. Los cambios en dicha estructura - reglamentación interna, mayor presencia profesional, aumento de la ingerencia estatal- dan cuenta de la evolución de la institución al promediar el siglo. En este sentido podemos señalar otra instancia en las políticas de salud -que fue acompañada además por otros instrumentos-, marcada por la construcción del Hospital Mixto y su desarrollo en las décadas del 80 y 90.

Observamos también la continuidad del rol de la beneficencia en conexión con el Estado y la persistencia de la idea asistencial y caritativa; la prensa y los médicos seguían nombrando el hospital como "establecimiento de caridad", "casa de beneficencia", y aludían a sus "benéficos fines". Esto se comprueba en la permanencia y magnitud de las donaciones y eventos de caridad destinados al hospital, aunque notamos más presencia estatal en las gestiones y reglamentaciones. Los cambios más notables, que reflejan un concepto más "moderno", se refieren a lo arquitectónico, al dejarse atrás la "casa hospital" a favor de un edificio con mejores condiciones para alojar a los enfermos; al crecimiento de la corporación médica y a una mayor especialización en los servicios, materializada en la construcción de nuevos pabellones, nuevas salas - de cirugía, de maternidad, de infecciosas- y en el progreso del equipamiento.

En suma, al finalizar el siglo XIX el hospital en Tucumán experimentaba transformaciones, que eran insuficientes y no alcanzaban a cubrir las demandas de la población, pero que comenzaban a señalar una concepción relativamente más avanzada en el campo de la atención de la salud.

Bibliografía

Belmartino, Susana, Bloch, Carlos, Persello, Ana y Quiroga, Hugo (1987): **Las Instituciones de salud en la Argentina liberal: desarrollo y crisis**, Secretaría de Ciencia y Técnica, Buenos Aires.

Bousquet, Alfredo y otros (1882): **Memoria Histórica y Descriptiva de la Provincia de Tucumán**, Ed. Biedma, Buenos Aires.

Fernández, María E., Landaburu, Alejandra y Macías, Flavia (1998): “Esfera pública, moralidad y mujeres de la élite. La Sociedad de Beneficencia en Tucumán (1860-1920)”. En **Temas de Mujeres**, CEHIM, Facultad de Filosofía y Letras, UNT., Tucumán.

Fernández, María Estela (2004): “Salud y condiciones de vida. Iniciativas estatales y privadas en Tucumán, fines del siglo XIX y comienzos del XX”. En Alvarez, A, Molinari, I., Reynoso, D. (Ed) **Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX y XX**, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Garrido, Hilda y Barbieri, Marta (1983): **Crónica de los 100 años de vida del Hospital Padilla**, Tucumán.

González Leandri, Ricardo (2000): “Notas acerca de la profesionalización médica en Buenos aires durante la segunda mitad del siglo XIX”. En Suriano, J. (comp.) **La nueva cuestión social en Argentina, 1870-1943**, Ed. La Colmena, Bs As.

Lecuona, D. (1973): “Evolución de las construcciones del sector salud en Tucumán (1880-1970)”. En **Documentos de Arquitectura Nacional**, N° 1, Departamento de Historia de la Arquitectura de la U.N. del Nordeste, Chaco.

Pérez de Nucci, Armando (1992): **Historia médica de Tucumán: siglo XIX**, Fundación para la comunidad, Ed, UNT.

Peusner, Nikolaus (1979), **Historia de las tipologías arquitectónicas**, Ed. G. Gili, Barcelona.

Piñeyrúa, Alejandra (2001): “Caridad cristiana, asistencia social y poder político: las instituciones hospitalarias en España (siglos XIII al XVI)”. En González de Fauve, María E. (ed.) **Ciencia, poder e ideología. El saber y el hacer en la evolución de la medicina española (siglos XIV-XVIII)**.

Wolf, Stuart (1990): “Estamento, clase y pobreza urbana”. En **Historia Social**, Nº 8, Valencia.