

Maternidades porteñas. De la pequeña aldea a la metrópoli del Plata

Pablo Cowen

¿Cómo atrapar la complejidad hospitalaria?

El abordaje de las instituciones hospitalarias puede realizarse desde distintos aspectos que, por supuesto, están condicionados por los objetivos que pretende alcanzar el analista (Granshaw y Porter, 1989). Entre las distintas alternativas por las que puede optarse, existen aquellas que tienen por fin dar cuenta de factores eminentemente institucionales que en general suelen carecer de un análisis del contexto social, y que por lo común se basan en relatos cronológicos y biográficos en ocasiones carentes de explicaciones e interpretaciones. El objetivo también puede ser el estudio arquitectónico así como el análisis de los cambios en los edificios hospitalarios, o bien se puede hacer hincapié en el funcionamiento interno de ellos o poner énfasis en la asistencia médica (Leistikow, 1967). Este es uno de los acercamientos quizá preponderantes entre los historiadores de la medicina y los médicos aficionados a la historia. Tal postura en casos extremos ha olvidado muy a menudo el carácter no estrictamente médico que estas instituciones tenían hasta hace muy poco tiempo, por lo que se ha pretendido trasladar los supuestos y concepciones de un hospital actual al análisis del nosocomio de los siglos pasados (Gution, 1974).

En esta línea, un acercamiento más específico es el de las profesiones sanitarias, en relación directa con los estudios de sociología e historia

social, es decir, el estudio de las ocupaciones y profesiones sanitarias, su evolución y su relación con el tipo de asistencia ofrecida (Lain Entralgo, 1964). Otros enfoques se concentran en el funcionamiento económico de las instituciones de salud. Asimismo un campo cultivado por los historiadores de la farmacia es el estudio de las boticas hospitalarias, que ha dado lugar desde hace décadas a una profusa producción de trabajos.

La historia local debe vincularse también a la institución hospitalaria. Gracias a la larga vida de este tipo de organizaciones, su estrechísima relación —en un sentido u otro— con la localidad en que se encuentra, y la gran cantidad de documentación que producen, son verdaderos microcosmos que reflejan perfectamente bien la evolución histórica del lugar en el que están enclavados (Rosen, 1963). Esta visión nos lleva a lo que pretenderemos lograr aquí: analizar las relaciones de las instituciones con la sociedad en la cual están inmersas; esto implica tanto organizaciones como sectores sociales e individuos (López Piñero, 1984). En este artículo nos concentraremos en los centros de atención de la salud de las mujeres grávidas y púerperas de Buenos Aires, analizando la situación entre la etapa tardo-colonial, cuando la población no era más que una perdida aldea del sur atlántico americano, y la transformación de la ciudad hacia principios del siglo XX, en una metrópoli cosmopolita, uno de los centros urbanos más poblados del hemisferio sur.

¿Lugares para sanar o para morir?

Tradicionalmente se ha distinguido entre el *Hospicium* y el *Hospitalium*. El primero tenía por finalidad, alojar, alimentar y sostener a personas de edad avanzada o que carecían de medios de subsistencia. El hospital, en cambio, nació como un asilo momentáneo para dar a los enfermos los cuidados que requirieran de manera gratuita. Esta institución habría nacido cerca del siglo IV d. C., época en que comenzó a ser empleado también el término *Nosokomion* por San Gerónimo (Castells, 1860). Sin duda la propagación del cristianismo fue la que dio un gran

impulso a la fundación de instituciones que tanto atendían las necesidades de los pobres como las de los enfermos. Eran financiadas muchas veces por la propia Iglesia católica, así como por individuos que movidos por su compasión o quizá para enmendar ante los ojos de las autoridades eclesiásticas, la comunidad o Dios, culpas o pecados que podían atormentarlos, pretendían alcanzar de este modo cierta indulgencia.

Un gran momento en la fundación de hospitales fueron los siglos XVII y XVIII tanto en Europa como en las Américas. Esto ocurrió no solo en las ciudades más importantes sino incluso en pequeñas poblaciones de provincia. Existía, más allá de su localización, una actitud común de todos aquellos que acudían a un hospital: temor generalizado (Figuier, 1872) ante los horrores que ocurrían en las mesas de operaciones, el hacinamiento, el miedo al contagio, en definitiva, la elevadísima mortalidad de los pacientes.

Desde ya que esto no nos asombra: cualquiera fuera la dolencia que tenían, así como el estado en el cual ingresaban, nunca escapaban—hasta incluso avanzado el siglo XIX— a sangrías, vejigatorios o purgantes, administrados a un ritmo tal que quizá el resultado logrado (la debilidad o inconsciencia del paciente) podía ser beneficioso, ya que podía contribuir a cierta tranquilidad de un personal siempre escaso y agotado. Para el enfermo, este estado le permitía hacer más llevaderos los dolores o incomodidades que sufría; para el personal que los atendía, la debilidad física de los pacientes los volvía más dóciles frente a las terapéuticas empleadas. Estos hospitales también servían como lugares de formación médica, tanto teórica como sobre el cuerpo del enfermo, función esta que no dejó de generar tensiones entre aquellos que administraban, atendían a los enfermos o trabajaban en los hospitales (González Leandri, 1999).

Una arqueología del hospital moderno

Los grandes avances logrados hacia fines del siglo XIX y principios del XX en relación con el descubrimiento de microorganismos

patógenos, las terapéuticas resultantes así como la madurez alcanzada por el movimiento higienista, llevaron necesariamente a nuevas ideas y realizaciones de lo que debía ser un hospital. Más allá de la heterogeneidad en cuanto a su formación y posturas ideológicas que se dio entre la comunidad médica y en los círculos políticos que finalmente tomaron las decisiones sobre la necesidad de la construcción de nuevos y distintos centros de salud, se gestó un mínimo de acuerdos sobre los cuales se planificaron y comenzaron a construir hospitales.

Tres principios empezaron a concebirse como esenciales: en primer lugar, el hospital debía proporcionar al enfermo el máximo de cuidados y debía hacerlo correr el mínimo de riesgos por causa de la promiscuidad con otros pacientes. En segundo lugar, no siendo un hospicio, el hospital solo debía atender aquellos enfermos que no pudieran ser atendidos en sus casas o en establecimientos de convalecencia. Por último, el hospital debía recibir a todos los enfermos contagiosos aun de los sectores acomodados, y asegurar el aislamiento individual (Courmont, 1920).

Desde ya que no todos estos principios se ejecutaron inexorablemente al diseñar y hacer funcionar un hospital. Un problema común en las grandes ciudades de Occidente —incluida Buenos Aires— fue que un número importante de los asistentes a los hospitales no eran enfermos sino pobres; así, el hacinamiento y la estrechez financiera fueron inconvenientes compartidos por gran parte de los centros hospitalarios. Además, la aglomeración de asistentes tuvo como resultado el muy dificultoso pero necesario aislamiento que se requería en el tratamiento de determinadas patologías o estados, por ejemplo las infecciosas o aquellas que se suponía —según muchos contemporáneos— que atentaban contra el pudor de los pacientes, como las embarazadas y las puérperas.

Más allá de estas limitaciones, se recomendó como un ideal que los hospitales se instalaran en los suburbios de las ciudades. En estas zonas los enfermos se encontrarían con mayor tranquilidad y sosiego,

en vez de estar penando en el centro de las poblaciones, que fueron descriptos por no pocos como verdaderos centros sépticos (Rehm, 1922). Además la superficie requerida para un hospital moderno era mucho más económica en las zonas urbanas periféricas que en los centros históricos, donde el valor de los terrenos los hacían imposibles de comprar. Asimismo, los medios de comunicación como los tranvías, trenes y automóviles procuraron, hacia principios del siglo XX, que estos lugares fueran de más fácil acceso de lo que eran antes tanto para el personal del hospital como para los pacientes y sus familiares.

Debían ser pabellones aislados, diseminados en un gran parque forestado donde el aire y la luz debían prevalecer. Se pretendía que fuesen hospitales completos, excepto por la cocina y la farmacia —se recomendaba que estas estuvieran separadas de los pabellones—. Debían contar con comedores, salas de baño, duchas y salas de convalecencia (Galtier-Boissiere. 1912). Es importante además señalar que el aislamiento no se imponía solo para los contagiosos, sino también para los “mal olientes”, los agitados, los delirantes y, por sobre todo, los moribundos (Trousseau, 1878). En las salas comunes el número de enfermos no debería ser superior a la docena, los techos idealmente deberían tener una altura no menor a cinco metros y la mayor superficie posible de ventanas. Los suelos deberían estar revestidos de baldosas o azulejos y convendría que todo fuera fácilmente lavable. La calefacción central y la iluminación eléctrica se consideraban indispensables y además se recomendaba la existencia de teléfonos en cada sala tanto para comunicarse con el exterior como para hacerlo con otros sectores, más allá del pabellón, dentro del propio hospital.

Los hospitales tendrían laboratorios, salas de diagnóstico, pronóstico y tratamiento y sería recomendable que estas se encontrasen en subsuelos. Además de las salas de necropsias siempre refrigeradas, también deberían contar con salas mortuorias para que las familias de los difuntos pudieran despedirse. Los pabellones se comunicarían entre sí por pasillos subterráneos para la circulación de las personas y

asimismo la de pequeños trenes o vehículos para trasladar al personal, pacientes o suministros que se requirieran. No debería haber alfombras, cortinas o muebles de madera.

El personal de enfermería habría de ser seleccionado cuidadosamente y deberían ser egresados o estudiantes avanzados de escuelas o academias con reconocimiento oficial. Estos hospitales tendrían que ser administrados por un consejo que, mediante acuerdos, lograra tomar decisiones que comúnmente superarían en eficacia a las que pudiera pergeñar un solo individuo —el director— con independencia de sus buenas intenciones y formación (Rebeldes y Campos, 1893). Las maternidades y los hospitales para niños debían estar organizadas de esta forma.

El siglo XX estuvo signado por una sucesión de formas estéticas que se plasmaron en estas tipologías. Además de los pabellones, aparecieron las colonias que procuraron ubicar los recintos sanitarios en zonas rurales, lo cual marcó una diferencia con respecto al siglo XIX (Husson, 1862). En los años que siguieron a la década de 1870, el concepto de los hospitales en pabellones se fue desechando poco a poco, para dar paso a formas arquitectónicas que se elevaban y crecían en altura. Estas nuevas soluciones se debieron sobre todo a las novedades que aparecieron entonces con respecto a materiales y técnicas constructivas, a las que se unieron nuevos descubrimientos en el campo de la medicina, especialmente de la microbiología (Klein, 1887). Estos nuevos hallazgos derogaban el anterior concepto de mediados del XIX según el cual el aire enrarecido era el principal enemigo de los pacientes enfermos hospitalizados (Jaquement, 1866; Guérard, 1888).

La situación en Buenos Aires

El parto y el puerperio eran, para las mujeres del Buenos Aires antiguo, una experiencia plena de incertidumbres. Las penas que las grávidas y púerperas tenían estaban compuestas por situaciones complejas, algunas propias de su condición personal: ¿eran embarazos

deseados?, ¿estaban acompañadas por sus familias?, ¿cómo conciliar su condición con las exigencias de la vida cotidiana?, entre otras preocupaciones. Pero sin duda las más urgentes tenían que ver con su propio estado físico: ¿los síntomas de la gravidez eran normales?, ¿quién atendería su parto?, ¿el hijo esperado sería sano?

Estos pesares todavía hoy siguen condicionando la vida de muchas mujeres; angustias atravesadas por prácticas culturales que los distintos grupos sociales han forjado y que constituyen las bases de sus actitudes y prácticas, de sus sensibilidades. Sobre estas dimensiones es que pretendemos analizar los fundamentos con que se consideró a la mujer grávida y puerpera desde la atención médica hospitalaria (Cowen, 2014). En el marco temporal seleccionado —fines del siglo XVIII a principios del siglo XX— se evidenció una notable transformación: desde una alta mortalidad de mujeres grávidas o en puerperio hasta esos últimos años del siglo XIX y un cambio a principios del XX, cuando la mortandad fue sustancialmente más baja y se recordaba esos pasados con verdadero horror.

Nuestra intención es realizar solo un acercamiento, un trabajo exploratorio que pretende sobre todo sugerir posibles caminos tendientes a profundizar estas problemáticas. Así, esta es una mirada fugaz sobre un periodo determinante en la historia de la ciudad de Buenos Aires, tiempos en que dejaba de ser una gran aldea (Belsunce, 1977) para convertirse en una metrópoli cosmopolita que deseaba mostrarse como la capital de una nación unificada y pujante (Visillac, 2017).

Las penurias en el viejo hospital

Desde una época muy temprana la Corona castellana legisló para que se fundasen hospitales en los dominios americanos, determinando algunas prácticas muy básicas sobre su organización. Sin embargo debemos considerar qué grado de cumplimiento efectivo tuvo ese ordenamiento legal. El caso de Buenos Aires es claro en este sentido. Si bien Juan de Garay, con la intención de cumplir con lo estipulado en

las Leyes de Indias, pretendió que se construyera un hospital para la naciente población, este no se erigió sino tiempo después. Era un lugar destinado a la atención del personal militar y tomó el nombre de San Martín, por lo tanto atendió solo varones, sus gastos fueron sufragados por limosnas, y prácticamente no contaba con personal. Era hospital, asilo de mendigos y depósito de mercaderías de ultramar (Lartigue, 1981).

Fue importante para este Hospital San Martín que en 1748 lo tomaran a su cargo los padres betlemitas. La situación, juzgada por los nuevos administradores, era preocupante:

Este año, ha sido tan abundante de enfermos que ni aún en las tarimas cabían. Poniéndolos lo mejor que se les podía en el suelo de la única sala que hay en los colchones y demás (...) pues no solo concurren de los enfermos de esta ciudad sino que también vienen muchos de los que hay en (...) provincias a buscar su refugio en dicho hospicio, y no por eso dejan de admitirlos pues el que entra diciendo que está enfermo sea q(n) se fuere la procuración acoje para dar el alivio (Mayo, 1991, p. 95).

La atención a las mujeres era aún más lastimosa. No tenían dónde hacerlo; como podría haber dicho un viejo porteño “eran tan sanas que no se hacía necesario tener un hospital para ellas”. Las mujeres seguían teniendo sus hijos en sus casas. El Hospital de Mujeres tuvo su origen en el Colegio de Huérfanas. Este había sido fundado definitivamente en 1755 por Francisco Álvarez Campana, hermano mayor de la Hermandad de la Santa Caridad. Estaba en unos terrenos lindantes frente a la Iglesia de San Miguel. Ante la necesidad de atender los problemas de salud de las mujeres, años después se decidió crear una sala de socorros. En esta etapa fundacional hubo dos personas que impulsaron la creación de un hospital para las porteñas: el presbítero José González Islas, que con trabajosa perseverancia consiguió convencer a las autoridades, y Manuel Basavilvaso, quien aportó su propio dine-

ro y el respaldo de hombres como Antonio Herrera y Domingo Belgrano y Pérez. Estos se dirigieron a los vecinos por medio de un impreso manifestándoles la necesidad de un hospital para las mujeres, porque el que existía con ese nombre en la Casa de Huérfanas era solo una pequeña sala con trece camas, insuficientes para satisfacer la demanda de las enfermas que diariamente acudían en busca de auxilio, y por lo cual muchas de ellas eran rechazadas al no disponerse de espacio (Livacich, 1907).

En 1759 se inauguró definitivamente el Hospital de Mujeres; sin embargo, no tenemos constancia de que se hayan podido atender mujeres grávidas, ni en trabajo de parto, ni puérperas (Lames Massini, 1932). Este hospital se ocupó fundamentalmente de las necesidades de mujeres pobres, en su mayoría aquejadas de patologías infecto-contagiosas. El establecimiento albergó tres instituciones: el colegio, el hospital y una casa de corrección, donde: “Se depositan en él, las mujeres que reñían con sus maridos, las niñas que se querían casar contra el gusto de sus padres, las niñas huérfanas sin auxilio” (Bellora, 1972, p. 12).

En 1782, Basavilvaso donó dinero para la creación de un salón que aumentara la cantidad de camas y adquirió dos casas contiguas para la administración y depósitos. En estas condiciones comenzó a funcionar a partir del 4 de julio de 1784 y se lo empezó a llamar “Nuestra Señora de los Remedios”. A partir de 1794 trabajó allí Cosme Argerich, que no cesó de reclamar mejores condiciones para ejercer su profesión. En 1798 el Hospital contó con tres salas: Nuestra Señora de los Remedios, Santo Tomás y San José. El 25 de mayo de 1800, el cirujano Gerónimo de Aréchaga —quien durante 20 años no había percibido sueldo alguno por su trabajo y que suministraba los medicamentos a las pacientes empleando recursos propios— dejó de prestar sus servicios. El puesto dejado vacante fue cubierto por Agustín Eusebio Fabre, cirujano médico del Hospital de San Miguel, que ejerció sus funciones hasta 1816. En 1800 se creó un nuevo cementerio para las difuntas pobres pues el

antiguo, situado en la iglesia, ya estaba lleno, y se levantó una pared que separaba totalmente al colegio del hospital. En 1811 el nosocomio contó con 65 camas. Se sostenía con las limosnas de los Hermanos y algunas donaciones. Sus sangradores fueron entre 1787 y 1804, Benito Méndez e Ignacio López.

El 1 de julio de 1822 Rivadavia, ministro de gobierno del general Martín Rodríguez, suprimió la Hermandad de la Santa Caridad y el Hospital de Mujeres pasó a depender del gobierno provincial. Se especificó en el Registro Oficial de la provincia que tanto el Hospital de Mujeres como el Colegio de Huérfanas quedaban bajo las órdenes del ministro secretario de Gobierno, que debería formar una comisión cuya misión sería redactar un reglamento para el régimen de estas instituciones. Dicha comisión determinó que el hospital, tanto por su ubicación como por su construcción y estado edilicio, tenía "... un doble inconveniente, pues daña a la salud de las personas sanas y retarda la curación y lo que es más sensible y doloroso, acelera la muerte de los enfermos". Se especificaba que las piezas que servían de Enfermería carecían de ventilación y debían considerarse como el fomes de males recrecidos. Las salas eran estrechas y con una ventilación muy deficiente, con muy poca distancia entre camas, lo que aumentaba la corrupción de la atmósfera. La longitud sin proporciones con el ancho y altura de las piezas y los techados que tenían de cañas "favorecían sobre manera la permanencia de miasmas pútridos". La comisión recomendaba que no se malgastaran recursos en modificar este edificio: lo más conveniente era demolerlo y construir uno nuevo. Conviene recordar asimismo que también se había dispuesto que la Sociedad de Beneficencia no solo debería hacerse cargo del Hospital de Mujeres sino también de la Casa de Partos Públicos y Ocultos, que nunca llegó a funcionar.¹

¹ Pliego adicional al número 19 del libro 2 del Registro Oficial. Buenos Aires, 1822. p. 254. La comisión formada en 1822 estaba integrada por Mariano Zabaleta, Fernando Antonio Canedo y Francisco Rivero.

En 1826 el hospital tenía 88 camas y en 1834 contó con 102. En abril de 1838 el gobernador Rosas dictó un decreto por el cual retiraba las subvenciones a las casas de caridad y disponía el cese de las que no fueran costeadas por la voluntad pública: “luchando entonces con las dificultades en el que año 38 comenzó a poner Rosas, enemigo de estos establecimientos, quien llevó su crueldad hasta mandar los enfermos y los dementes a la calle”. En 1863 tenía 200 camas y en 1864 trabajaban en él catorce hermanas de la Caridad, un capellán, tres médicos —Nicanor Albarellos, Francisco Muñiz y Teodoro Álvarez—, un practicante, un boticario, un sangrador, seis enfermeras, una ayudanta general, cuatro lavanderas, un colchonero, tres peones, un portero y cinco ayudantes, de los cuales cuatro eran de cocina (Pillado, 1864).

El hospital no estaba en condiciones de autosubvencionarse y por lo tanto corría grave riesgo de cerrar. Para evitarlo se redujeron sueldos y gastos. Camilo Giovanell, vecino de la ciudad, ofreció todos los remedios gratis, y una comisión integrada por los señores Rosados, Beláustegui, González Moreno, Arguibel y Cristóbal Martín de Montúfar, lo tomó bajo su cuidado. Aun con muy escasos recursos continuó su funcionamiento, y el 6 de mayo de 1852 pasó al superior Gobierno provincial, que a su vez lo puso a disposición de la Sociedad de Beneficencia. El 15 de mayo de 1852 la Sociedad tomó posesión de la casa. Un año después de la caída de Rosas, el gobernador Obligado, considerando los pedidos que había recibido y la necesidad cierta que existía, resolvió que debía destinarse una sala del Hospital de Mujeres para la atención exclusiva de partos: así nació la sala conocida como La Maternidad o la sala de San Ramón, debajo de la cual se encontraba el osario del cementerio de San Miguel.²

² Cuando años más tarde se decidió demoler esta sala para dar lugar al nuevo edificio de la Asistencia Pública, fueron removidos restos humanos tanto de mujeres como de fetos y neonatos.

En octubre de 1853 había en el hospital 200 enfermas. Es importante destacar que la institución suministraba cadáveres a la Facultad de Medicina y que en el mismo sitio se realizaban las necropsias. Desde la Sociedad de Beneficencia se solicitó a las autoridades de la Facultad de Medicina que este procedimiento se hiciera en el Hospital de Hombres y no en el de Mujeres, ya que, como escribió María Teresa del Pino:

... la localidad estrecha de este departamento no puede permitir tal procedimiento. La estación es otro grave inconveniente, a más de la desagradable impresión que las enfermas reciben a la vista de estos despojos les ocasionan a lo que se suma la gravedad de sus dolencias.³

Un año más tarde, la Facultad de Medicina le requirió al hospital dos o más cadáveres de párvulos como material de estudio para los alumnos de la Universidad (Cowen, 2001). El 22 de febrero de 1859 llegaron de Italia 14 hermanas pertenecientes a las Hijas de María convocadas por la Sociedad de Beneficencia para mejorar el servicio de enfermeras. El hospital comenzó a contar con algo más de presupuesto y personal calificado. En sus salas empezaron a darse cursos dictados por profesores de la Facultad y allí fueron a aprender las nuevas generaciones de médicos.

Las mujeres que asistieron al nosocomio fueron calificadas como indigentes: en 1854 se atendieron 18 partos, 22 en 1855, 20 en 1856, 23 en 1857, 31 en 1858, 30 en 1859 y 33 en 1860. En 1857 y debido al creciente temor a que la población fuese atacada por alguna enfermedad epidémica, se aconsejó el traslado del Hospital de Mujeres a la periferia de la ciudad, y se pensó que una alternativa era comprar el edificio en construcción del Hospital Italiano, aunque no se especi-

³ Notas del 2 de octubre de 1859 y del 3 de agosto de 1860. En Facultad de Medicina. Escuela de Medicina. Hospital General de Mujeres. Buenos Aires: Archivo General de la Nación.

ficó el gasto que esto supondría. En 1864 el hospital contaba con 200 camas y tenía un presupuesto de 193 560 pesos anuales en sueldos de personal y 249 600 en gastos que incluían medicamentos, combustibles, comestibles, ropa y loza (Llames Massini, 1915).

Es importante recordar que el 23 de julio de 1859 se dictó una ordenanza sobre las casas de sanidad en buena medida inspirada en los problemas que experimentó el Hospital de Mujeres. Se determinó que estas debían obtener habilitación municipal y que tenían que observar en su administración y construcción todas las prescripciones de la higiene. Estas casas eran establecimientos particulares que debían contar con salas:

Espaciosas, secas, de alta techumbre, rodeadas de galerías y patios para el recreo y ejercicio de los enfermos y que permitan la fácil circulación al aire, al calor y a la luz [e incluso] cada enfermo deberá tener por lo menos cuatro metros cúbicos de aire para respirar (Pillado, 1864, pp. 115-116).

Los establecimientos debían estar localizados en barrios espaciosos, en lugares altos y a orillas del río, contar con jardines y huertos; letrinas y sumideros debían llegar hasta el agua. Si se pretendía edificar un nuevo edificio como casa de sanidad, sus planos se tenían que remitir a la municipalidad para su aprobación. De existir botica en el establecimiento, debía contar con un farmacéutico. En caso de epidemia, estas instituciones estaban obligadas a acatar las disposiciones que estableciera el Consejo de Higiene. Se dispuso que debían estar controladas por inspectores municipales y que cada trimestre tenían que remitir a la oficina de estadística el número de pacientes ingresados y dados de alta.

Conocemos en detalle cómo fueron las salas del Hospital de Mujeres porque empleamos como fuente principal la tesis doctoral de Alfredo Parodi, que conoció mucho la institución, ya que fue practicante mayor en su Maternidad. Analizó registros entre 1870 y 1877. Parodi conside-

raba a los documentos anteriores como escasamente fiables pues eran muy incompletos. Desde su creación, las salas del hospital poco habían cambiado. La principal era la llamada “de San Ramón”, descrita como “muy antihigiénica”. Era un recinto angosto de 17 metros de longitud, tres metros y medio de ancho y una altura de cinco metros:

Por los lados sur y sud-este no existe puerta ni ventana alguna, por el oeste esta la puerta de la iglesia de San Miguel por un pequeño, aposento donde reside la partera principal, por el norte esta ofrece tres aberturas, una puerta y una ventana que corresponden a un gran patio y otra segunda puerta que da a un patio pequeñísimo, húmedo, oscuro y sin ninguna ventilación. No obstante este último sitio es el destinado a las preñadas para que pasen el día entregadas a sus quehaceres (Parodi, 1878, p. 12).

La sala tenía doce camas, una de las cuales era utilizada como *Lit de Travail*, otra para recibir al recién nacido —mediciones, limpieza, vestimenta— y por último una ocupada por una partera que oficiaba de personal de guardia. La segunda sala era la de San José, destinada a las grávidas y a aquellas parturientas a las cuales les había sobrevenido algún accidente constitutivo producto del parto. Tenía veintidós metros de largo, cinco de ancho y cuatro de altura; la parte media ofrecía una ancha comunicación con otra más pequeña destinada al mismo objeto y con estas dimensiones: doce metros de largo, cinco de ancho y cuatro metros y medio de alto. Este departamento comunicaba con dos pequeñas salas de enfermas crónicas que contenían entre ambas 15 plazas. Las condiciones higiénicas de la sala de San José eran idénticas a las de San Ramón, a lo cual es necesario agregar la humedad de su piso y paredes y “una sensación de frío que se percibe al entrar a su interior”. Esta sala tenía una particularidad: estaba muy cerca del recinto donde eran atendidas las atacadas de viruela.

Debido a las condiciones en que estaba el edificio, el 6 de diciembre de 1880 se iniciaron las obras de un nuevo hospital. Fue conclu-

yente en este sentido Emilio Coni cuando en 1887 manifestó que las grávidas y puérperas del Hospital de Mujeres vivían en peores condiciones que aquellas mujeres que estaban recluidas en la penitenciaría, ya que estas tenían por lo menos una cama y las “grávidas y puérperas en ocasiones dormían debajo de las camas de las enfermas”. En 1887 el Hospital de Mujeres dejó de existir y nació el actual Hospital Rivadavia.⁴

La magnífica e inacabada obra

El Hospital Rivadavia fue creado en 1887 exclusivamente para la asistencia de mujeres y comenzó dependiendo de la Sociedad de Beneficencia. Allí se habilitó la primera maternidad de Buenos Aires y tiempo después la Escuela de Parteras, conducidas por Francisco Javier Muñiz y Pedro A. Pardo. En el momento de su creación tenía un médico director, cinco médicos de sala, nueve practicantes y una partera. Las edificaciones comprendían casi dos hectáreas y en 1904 contaba con 473 camas, 75 de ellas destinadas para maternidad, el resto para distintas patologías que aquejaban a las pacientes. La fundación de este hospital significó un notable avance frente a la precaria situación que hemos descripto; sin embargo, en sus primeros años de existencia carecía de un equipamiento que ya era juzgado por los contemporáneos como esencial: no existía un lavadero, no había servicio de desinfección, calefacción, ascensores, ni cámara frigorífica. Los servicios se fueron completando poco a poco (Peralta Ramos, 1939).

La Casa de Sanidad, un lugar donde eran atendidas enfermas pensionistas, se inauguró en 1895. Esta ampliación, conocida como “El

⁴ Es importante también señalar que se crearon maternidades privadas: el médico español José López Morelle, miembro de la Asociación Médica Bonaerense, dirigió una maternidad con una escuela de parteras anexa. En ella se preparaban alumnas para rendir exámenes libres y obtener el título habilitante. Frente a la negativa de la Facultad de Medicina a evaluar a las alumnas egresadas de su escuela, llevó el caso hasta la Corte Suprema de Justicia de la provincia, consiguiendo un fallo favorable, lo que le permitió seguir formando profesionales.

pensionado del Rivadavia”, brindó servicios arancelados: los médicos de la ciudad tenían la posibilidad de derivar allí sus pacientes, y estas debían pagar por las atenciones recibidas. Las enfermas que pagaban para ser consideradas de primera eran atendidas de manera exclusiva por una enfermera; las de segunda compartían una enfermera cada dos camas (AA. VV., p. 196). Más tarde se habilitaron motores eléctricos para iluminación y ascensores y cámaras frigoríficas en 1904. Sin duda fue especialmente relevante el pabellón cinco donde se encontraba la Maternidad, que más tarde se transformó en Instituto con dos nuevos pabellones que contaban con 419 camas. En la Guía Baedeker de 1914, Alberto Martínez describió al Hospital Rivadavia como el principal de la ciudad, con buenos servicios y habitaciones muy confortables.

La Maternidad del Hospital de Clínicas

En los fondos del edificio que ocupaba el Hospital de Clínicas —centro que había sido fundado en 1879 por cuenta del gobierno de la provincia de Buenos Aires y que después de 1880 pasó a depender del gobierno nacional— se creó una maternidad. En 1883, la atención del hospital así como su administración pasaron a estar en manos de la Facultad de Medicina. Hacia principios del siglo XX contaba con 53 camas. Había sido construido sobre la base de pabellones conocidos como sistema Tarnier. Eran cuatro edificios con ocho camas cada uno, divididos en salas de dos camas, una especial para partos, una de descanso para parturientas, una de doce camas y una sala de operaciones. Se asistieron entre 550 a 600 partos por año. El primer director fue Enrique Bazterrica; había además un subdirector, un catedrático de obstetricia que fue Miguel O´Farrel, un jefe de laboratorio, una partera principal respaldada por cuatro alumnas de la Escuela de Parteras de segundo año y cinco de primero (Pérgola y Sanguinetti, 1999).

La Maternidad del Hospital San Roque

Hasta ese momento, 1892, había una sola maternidad, la del Hospital Rivadavia. Emilio Coni, director de la Asistencia Pública, con-

sideró que era urgente contar con una en el sur de la ciudad; de esta intención surgió la creación de la primera maternidad municipal en el antiguo Hospital de San Roque (Coni, 1879). Tenía 20 camas y allí se practicó la primera cesárea en el país que resultó exitosa tanto para la mujer como para su hijo, el primer parto forzado hecho por el método Duhrrsen, la primera sinfisiotomía y la primera isquimiopubiotomía u operación de Farabeuf. El hospital comenzó a brindar servicios en 1881 a pesar de que su creación había sido dispuesta en 1872. Contaba con 32 camas para púérperas y 24 para embarazadas, y 20 camas para alumnas de la escuela, dispuestas en pequeñas salas independientes entre sí. En este edificio comenzó a funcionar la Escuela de Parteras.

Nuevos centros de atención

Durante la intendencia municipal de Torcuato de Alvear se fundó el Hospital Rawson en la avenida Alcorta esquina Vieytes. El nosocomio ocupó el antiguo edificio que había sido sede del Asilo de Inválidos: tenía plazas para 414 enfermos, de las cuales, 119 estaban disponibles para mujeres, 30 para niños y 60 para maternidad. También debemos mencionar la Casa de Aislamiento, situada en terrenos que habían servido de lazareto en las epidemias de cólera y fiebre amarilla. Esta fue inaugurada el 22 de abril de 1889 y se destinó exclusivamente a la reclusión y curación de prostitutas enfermas enviadas por el Dispensario de Salubridad, muchas de las cuales estaban grávidas. Posteriormente fue transformado en hospital mixto, con 110 camas para mujeres y 30 para niños. El Hospital Teodoro Álvarez en las calles Bolivia y San Eduardo, del barrio de Flores, fue inaugurado el 26 de mayo de 1901, contó con seis pabellones y en él se habían destinado 48 camas para mujeres y 48 para niños. Uno de los pabellones fue consignado a la administración, farmacia, sala de operaciones y consultorios; otro para cocina, capilla, despensa y cuarto de baño; los restantes para enfermos. Los pabellones tenían dos pisos y se comunicaban entre sí por una galería sostenida por columnas. La construcción era de “obra

moderna”, salas amplias y bien aireadas, aparatos de calefacción y alumbrado eléctrico. Cada pabellón estaba dividido en cuatro salas con capacidad para 12 camas cada uno.

El Hospital Pirovano, sito en Monroe 3551 del barrio de Belgrano, fue destinado al servicio público el 22 de julio de 1896. Tenía pabellones de madera con una capacidad de 50 camas cada uno y salas de material de 30 camas. Estaba especialmente preparado para servicios de urgencia y primeros auxilios. Contó con la Sala “González Catán” específica para policlínica de mujeres y niños. Existían además pequeños centros como el Hospital de la Boca, en Pinzón 546, que atendía las necesidades del barrio y tenía un servicio de primeros auxilios. También el Hospital José Bosch, que cubrió las necesidades de los vecinos de la Parroquia de San Cristóbal; y por último, el pequeño Hospital de la Estación ferroviaria de Liniers (AA. VV., 1904, p. 212).

Las comunidades extranjeras

Las comunidades extranjeras tuvieron sus hospitales propios. La colectividad italiana construyó el suyo en la calle Gascón 450. Fue inaugurado el 22 de octubre de 1901, dependió de la Sociedad Italiana de Beneficencia y contó con 48 camas para mujeres. El importante servicio de pediatría estaba dirigido por Alberto Cesarini y el de ginecología por Alberto Stagliano (García Díaz, 1999).

El Hospital Francés, sito en la calle Rioja 955, fue fundado el 17 de septiembre de 1832 por orden de la Société Phylanthropique Française del Río de La Plata para atender las necesidades médicas de los ciudadanos franceses, pero también de belgas y suizos que podían formar parte de la sociedad. Contó con 62 camas para mujeres, pero no se recibían parturientas.

El Hospital Alemán, fundado en 1877 en la calle Pueyrredón 1650, dependía de un consejo administrativo dirigido por la comunidad. Contaba con 14 camas para mujeres y no se admitían niños. El Hospital Español, erigido en la calle Belgrano 2975, fue administrado por la

Sociedad Española de Beneficencia que lo había construido y se mantuvo con contribuciones mensuales de sus socios más lo recaudado en distintas actividades. Tenía capacidad para 258 enfermos y destinaba 58 camas para mujeres, pero carecía de maternidad y no se atendían niños. Por último, el Hospital Inglés, que fue fundado en 1858 en la calle Pedriel 74. Construido y sostenido por la comunidad británica local, contaba con cinco salas y no se admitían niños. Este listado de instituciones debe completarse con organismos fiscalizadores estatales y asociaciones profesionales (Warneford-Thompson, 1844 -2001).

Las recomendaciones del doctor Herpain

Hacia fines del siglo XIX y principios del XX, las ideas predominantes sobre cómo debían diseñarse las maternidades fueron sintetizadas por el doctor Herpain en el Congreso de Higiene de Bruselas, y la comunidad académica las consideró como el ideal a lograr. Propuso que las grandes ciudades debían poseer una maternidad cada cincuenta o cien mil habitantes, ya que si las mujeres fuesen atacadas por la fiebre puerperal, podrían ser llevadas a aquellas instituciones libres del mal. Las maternidades no debían ser, en ningún caso, dependientes médica y administrativamente de los hospitales, sino establecimientos autónomos. Se deberían construir en vastos jardines, alejadas del centro de las ciudades. Era fundamental, según esta postura, que contaran con pabellones separados, divididos en cinco o seis salas, con no más de cincuenta lechos cada una o una pieza especial para cada parturienta.

Cada maternidad debería tener un pabellón separado para las mujeres parturientas con alguna enfermedad contagiosa, y contar con personal especializado. Se hacía hincapié en la utilidad de “lavarse las manos con una solución de ácido salicílico”. Cuando una parturienta tenía el alta, el departamento que había ocupado debía ser ventilado y desinfectado. Si amenazaba la fiebre puerperal, las camas debían ser desarmadas y lavadas y los muros blanqueados con cal o lavados con

una solución fenecida. La entrada a las salas debía estar prohibida al público en general y a toda persona que no presentase una tarjeta de admisión. Las salas de maternidad debían tener la mayor limpieza y una abundante ventilación, capaz de impedir el estancamiento del aire y la acumulación miasmática. Era además recomendable que las puérperas no abandonasen la maternidad antes del décimo día; pasaban enseguida a una cuarentena en un asilo destinado a las convalecientes y situado en las proximidades de la ciudad. Los vestidos de las parturientas deberían ser desinfectados una vez que fueran dadas de alta de la maternidad. Por último, para socorrer a las mujeres pobres por la vuelta prematura a sus trabajos de fatiga, la administración debía acordar un auxilio pecuniario a las parturientas que no pudieran pasar por la sala de convalecientes (Parodi, 1878).

Consideraciones finales

En primer lugar, es necesario puntualizar que hay dos problemas distintos que debemos considerar cuando analizamos estas instituciones hospitalarias: la asistencia a los enfermos y las medidas para advertir y tratar de controlar el creciente problema de la pobreza. Ambas problemáticas se dieron en el largo siglo analizado en este artículo. No obstante, las dos cuestiones estuvieron en cierta medida muy unidas, por el hecho de que eran asuntos públicos de los que se hacían cargo no solo las autoridades que tenían competencia sobre estas instituciones, sino también algunos sectores de la sociedad civil. Podemos pensar que el accionar de estos últimos obedeció fundamentalmente al particular momento en que se encontraba la construcción del Estado en la Argentina en sus tres niveles; un periodo de consolidación, hacia fines del siglo XIX, que tuvo por consecuencia un poder estatal que no había asumido aún todas sus futuras competencias.

Sin embargo, sostenemos que el siempre (y hasta hoy) utilizado argumento de la escasez de recursos fiscales justificaba las obras inacabadas y los proyectos incompletos, al mismo tiempo que se ape-

laba —desde el poder estatal— a la solidaridad ciudadana para mitigar estos efectos. Además se daba una situación que fue utilizada malsanamente no pocas veces por las autoridades competentes: los profesionales y trabajadores de las instituciones hospitalarias suplían con sus habituales magros recursos aquello que requerían para cumplir de manera adecuada lo que su trabajo exigía. Los administradores evocaban así el sacrificio y la abnegación de los trabajadores de estos centros, elogiando esta virtud que redundaba en el bien común y que era propia de aquellas carreras signadas por la vocación. Como consecuencia, la exaltación de esa vocación los eximía de cumplir muchas de sus obligaciones.

Es indudable asimismo que un proceso de creciente medicalización de la mujer grávida y puérpera se hizo evidente en las últimas décadas del siglo XIX. Este fenómeno tiene para nosotros por lo menos tres aspectos esenciales. En primer término, la cronología de esta medicalización está condicionada por la realización de las obras hospitalarias: una mujer en condiciones de parir no concurría a hospitales salvo que su estado físico fuese dramático y no pudiese ser atendida por una partera o por algún familiar o conocido en su propia casa. Los nosocomios no solo podían negarse a recibirlas —en ocasiones no había camas— sino que eran reservorios de patologías en general mucho más graves de las que traían las pacientes, como fueron la fiebre puerperal, el cólera o la viruela. Por otro lado, recordemos que el paradigma microbiano que podía ser la base para la solución de estos problemas no se impuso abruptamente y persistieron las antiguas prácticas favorecedoras de letales sepsis que fueron la causa de innumerable decesos o graves cuadros, frente a los cuales solo sobrevivían algunas afortunadas después de soportar terribles sufrimientos durante días.

En tercer lugar, la consolidación de procedimientos científicos en las instituciones hospitalarias no supuso el final de la lucha contra las patologías basada en creencias mágicas y religiosas, que han sobrevivido incluso hasta la actualidad en la *folk* medicina y en una serie de

sistemas médicos más complejos sustentados en una mezcla de religión y ocultismo. Recordemos que la ciudad de Buenos Aires contaba con una extendida y organizada red de curanderos, manosantas y gentes que se definían como depositarias de poderes taumatúrgicos. En ocasiones estos “desinteresados benefactores” les brindaban a las mujeres más confianza y contención frente a sus aflicciones que las que podían recibir en un hospital. Por ello, somos conscientes de que con el estudio de la atención hospitalaria no agotamos el tema de los recursos asistenciales con que contaba la población, aunque sí el de la estructura oficial sobre la que se articulaba dicho auxilio. En la actualidad, por lo menos donde la modernidad reivindicadora de la ciencia ha impuesto la idea de que el mejor lugar donde acudir si una persona está seriamente enferma es un hospital, esta noción soporta no pocas peripecias para poder imponerse.

Este principio es solo el colofón de un proceso cuyos orígenes son muy anteriores. El hospital comenzó a ser reconocido socialmente como la institución central de la atención médica, con independencia del estatus social y económico del enfermo. Sin embargo, hasta hace relativamente poco tiempo, mucha gente intentaba no ser internada en un nosocomio: el hogar era donde el enfermo debía ser tratado, y los hospitales estaban asociados con el pauperismo y la muerte. Esto se debe a que, en cierto modo, ha permanecido en la conciencia social la percepción del hospital según sus antiguas características.

La enfermedad, y fundamentalmente la incertidumbre que genera esta ante un diagnóstico confuso o pesimista, no solo provoca desasosiego en el paciente sino también dependencia de quien o quienes pueden mejorar su condición. Estas mujeres no requerían únicamente un tratamiento médico específico, sino también cuidados, y sobre todo, cobijo. Muchas podían tener familia y amigos pero estaban o creían estar solas; necesitaban además aliento y refugio y esto no siempre se lograba. La pesadumbre no era injustificada: si la paciente moría y su bebé sobrevivía, ¿quién cuidaría de él?

Hacia fines del siglo XIX el Estado claramente asumió la intención de conducir la vida comunitaria y de fiscalizar los servicios y cuidados que podía requerir la población. Fueron décadas en las cuales las políticas estatales enunciadas vieron a la mujer grávida y al niño como especiales sujetos de protección, estatus que no siempre tuvieron. Los problemas constitutivos de ese Estado, signado por crisis político-económicas, administraciones ineficientes y en ocasiones corruptas, y por preferencias en las asignaciones presupuestarias, generaron políticas públicas en las que la salud no aparecía comúnmente como una prioridad.

Bibliografía

- AA.VV. (1904). *Argentina Médica, Guía Médica e Higiénica. Segundo Congreso Médico Latinoamericano*. Buenos Aires: Coni Hermanos.
- Bellora, A. (1972). *La salud pública*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Belsunce, C. A. (Director) (1977). *Los refugios del enfermo*. Buenos Aires 1800-1830. *Salud y Delito*. Tomo II (pp.75-107). Buenos Aires: Emecé.
- Castells, J. (1860). *Diccionario de Medicina*. Paris: Librería de Rosa y Bouret.
- Coni, E. (1879). *Código Médico Argentino*. Buenos Aires: Coni.
- Coni, E. R. (1887). *Progrès de l'hygiène dans la Republique Argentine*. Paris: J. B. Baillièrè.
- Courmont, J. (1920). (SFE). *Manual de Higiene*. Madrid: Hijos de J. Epasa.
- Cowen, M. P. (2001). Nacimientos, partos y problemas de la primera infancia. En Moreno, J. L. *La política social antes de la política social: caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires, siglos XVII a XX*. 2000 (pp. 47–88). Buenos Aires: Prometeo.
- Cowen, M. P. (2014). Los cambios antes del cambio. La atención

- hospitalaria de las mujeres grávidas en la ciudad de Buenos Aires. En Cicerchia, R. y Chacón Giménez, F. *Estructuras, coyunturas y representaciones* (pp. 157–173). Universidad de Murcia.
- Del Pino, M. T. *Notas del 2 de octubre de 1859 y del 3 de agosto de 1860*. En Facultad de Medicina. Escuela de Medicina. Hospital General de Mujeres. Buenos Aires: Archivo General de la Nación.
- Figuiet, L. (1872). *Le Lendemain de la mort*. París: Hachette.
- Galtier-Boissiere (1912). *Diccionario Ilustrado de Medicina Usual*. París: Larousse.
- García Díaz, C. J. (1999). *El Hospital de la Colectividad*. Buenos Aires.
- González Leandri, R. (1999). *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires 1852-1886*. Madrid: C. S. I. C.
- Granshaw, L. & Porter, R. (Eds.) (1989). *The Hospital in History*. Routledge.
- Guérard, F. (1888). *L'Hopital de Lariboisiere, l'enclos Saint Lazare*. Paris: G. Steinheil.
- Gutton, P. (1974). *La société et les pauvres en Europe (XV/e-XV/IIe siècles)*. Paris: P.U.F.
- Husson, M. (1862). *Études sur les hôpitaux*. Paris.
- Jaquement, H. (1866). *Des Hôpitaux et des Hospices*.
- Klein, F. (1887). *Microbes- Malades. Guide Practique*. Paris: Bernard Tignol.
- Lain Entralgo, P. (1964). *La relación médico-enfermo*. Madrid: Revista de Occidente.
- Lames Massini, J. C. (1932). Historia de la Obstetricia en Buenos Aires. *La Semana Médica*. Año XXXIX, 37.
- Lartigue, J. (1981). Consideraciones sobre los hospitales coloniales. *Quirón*, 12, 147-153.
- Leistikow, D. (1967). *Edificios hospitalarios en Europa durante diez siglos*. Madrid.

- Livacich, S. (1907). *Buenos Aires. Páginas históricas para el primer centenario de la Independencia* (p. 176). Compañía Sud-Americana de Billetes de Banco.
- Llames Massini, J. C. (1915). *La partera de Buenos Aires y la Escuela de Parteras*. Buenos Aires: Flaiban.
- López Piñero, J. M. (1984). Los estudios histórico-sociales sobre la medicina. En Lesky, E. (ed.) *Medicina social: Estudios y testimonios históricos* (pp. 9-30). Ministerio de Sanidad.
- Martínez, A. (1914). *Baedeker of the Argentine Republic*. Barcelona: Sopena.
- Mayo, C. A. (1991). *Los Betlemitas en Buenos Aires: Convento, Economía y Sociedad (1748-1822)*. Sevilla: Publicaciones de la Excelentísima Diputación Provincial de Sevilla.
- Parodi, A. (1878). *Estudio estadístico sobre la maternidad general de mujeres*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Médicas. Imprenta Coni.
- Peralta Ramos, A. (1939). Concepto y organización del instituto de maternidad de la Sociedad de Beneficencia de la Capital. En AA. VV. *Argentina Médica. Guía Médica e Higiénica. Segundo Congreso Médico Latinoamericano*. Buenos Aires: Coni.
- Pérgola F. y Sanguinetti, F. (1999). *Historia del Hospital de Clínicas*. Buenos Aires: Ediciones Argentinas.
- Pillado, A. (1864). *Diccionario de Buenos Aires o sea Guía de Forasteros* (pp. 115, 116, 242). Buenos Aires: Del Porvenir.
- Rebordes, G. y Campos (1893). *Anuario Internacional de medicina y Cirugía*. Paris: Baillere.
- Registro Oficial de la Provincia de Buenos Aires (1822). *Pliego adicional al número 19 del libro 2* (p. 254).
- Rehm, P. L. (1922). *Nouvelle Encyclopédie pratique de médecine et d'Higiene*. Paris: Quillet.
- Rosen, G. (1963). The Hospital. Historical Sociology of a Community Institution. En E. Freidson (ed.) *The Hospital in Modern Society* (pp. 1 – 63). New York: Mac Millan.

- Trousseau, A. (1878). *Clínica Médica del Hotel- Dieu de Paris*.
Barcelona: Álvarez Hermanos.
- Visillac, E. F. (2017). *Pioneros de la Salud*. Buenos Aires: Olmo Ediciones.
- Warneford-Thompson, H. F. [1844] (2001). *The British Hospital of Buenos Aires. A History 1844-2000*. Buenos Aires: Collin Sharp.