

**La difícil experiencia de ser pacientes o al menos intentarlo...
Los servicios de atención médica
en el Hospital de las Mercedes y en la Asistencia Pública.
Tucumán en los albores del siglo XX**

María Cecilia Gargiulo*

Resumen

En el presente artículo se analizan las posibilidades y condiciones de acceso a la salud pública de los sectores populares en Tucumán entre los siglos XIX y XX. Desde una perspectiva tributaria de la historia sociocultural de la enfermedad, nos proponemos poner de manifiesto la lucha de los enfermos por acceder a la atención médica profesional, así como sus denuncias y reclamos por malos tratamientos y deficientes condiciones de atención en los establecimientos y servicios públicos. Centrándonos en el principal hospital de la ciudad (Hospital Padilla desde 1912), se exponen las tensiones entre médicos y pacientes, se describen las limitaciones y deficiencias edilicias, así como los efectos de la escasez presupuestaria en la provisión de ropas y alimentos, todo lo cual contribuía a hacer de la internación una experiencia traumática. Rescatamos a la prensa como órgano de canalización de estas demandas que entendemos como manifestación de la agencia social de los de abajo.

Palabras clave: enfermos - salud pública - médico - demanda

Abstract

In this paper we analyze the possibilities and conditions of access to public health among the working classes in Tucuman during the 19th and 20th C. We take a tax system based approach of the socio-cultural history of sickness, through which we aim at disclosing the sick's struggle for access to healthcare professionals, as well as their complaints and demands on poor treatments and deficient medical attention at public institutions. The focus is on the city's main hospital (Padilla Hospital since 1912), where we analyze the problematic doctor-patient relationships, the serious building limitations and deficiencies, and how the low budget destined to clothes and nourishment made hospitalization a traumatic experience. We point out the role of the press as the channel through which these demands were passed, and which we deem a manifestation of the social status of the lower classes.

Key words: the sick - public health - physicians - demand

* Instituto Superior de Estudios Sociales (ISES), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Universidad Nacional de Tucumán (UNT). E-mail: ceciliagargiulo@gmail.com

Recepción del original: 9/08/2012
Aceptación del original: 18/11/2013

Introducción

En este trabajo se analiza el funcionamiento de los sistemas de asistencia médica en la ciudad de San Miguel de Tucumán en el tránsito entre los siglos XIX y XX.¹ Para ello tratamos de reconstruir las vías a través de las cuales las personas de los sectores populares lograban acceder a la asistencia médica profesional. Tras una breve referencia a la historiografía local sobre el tema, nos ocuparemos de dos cuestiones principales: por un lado, el funcionamiento del Hospital Mixto de las Mercedes (desde 1912 Hospital Padilla). Analizaremos las relaciones entre médicos y pacientes; las serias limitaciones y deficiencias edilicias, los efectos sensibles de la escasez presupuestaria, todo lo cual contribuía a hacer de la internación en el establecimiento una experiencia probablemente traumática. Por otro lado, trataremos sobre las dificultades que atravesaban quienes en la ciudad de Tucumán necesitaban acudir a un médico en caso de emergencia. Sobre este tema analizaremos la prolongada campaña periodística por el funcionamiento de un Servicio Médico de Primeros Auxilios y su tardía y limitada realización.

Nuestro propósito es poner de manifiesto la permanente lucha de los sectores populares por acceder al sistema de salud y las limitaciones de éste para darles cabida y brindar respuesta a los requerimientos médicos de una población en crecimiento. Nuestro enfoque, por lo tanto, pretende alejarse de la tradicional historia de la medicina que, como bien señala Diego Armus, se ha limitado a destacar la biografía de los médicos importantes, resaltando sus cualidades éticas y morales.² Asimismo, tomamos distancia de la historia de la salud pública para intentar un abordaje más ligado a lo que la historiografía ha denominado historia sociocultural de la enfermedad.³ Coincidimos, además, con las críticas que la historiografía reciente ha formulado a las interpretaciones foucaultianas de la medicalización y el disciplinamiento, por entender que sus efectos no son otros que reforzar el lugar central de los médicos en la historia de la enfermedad y de la salud. Desde este enfoque se presenta a los enfermos como sujetos fundamentalmente pasivos, privados

¹ Al ritmo del desarrollo de la industria azucarera, la provincia de Tucumán experimentó un acelerado crecimiento demográfico. Entre 1858 y 1869 el número de habitantes de la provincia pasaba de 83.544 a 108.953 y en 1895 ascendía a 215.742. La capital provincial duplicaría su población entre los dos primeros censos nacionales, pasando de 17.438 habitantes en 1869 a 34.306 en 1895, lo que agudizaría problemas como la disponibilidad de viviendas, la falta de infraestructura sanitaria, la necesidad de servicios esenciales y la proliferación de enfermedades. Las infecto-contagiosas provocaban casi el 35% de las defunciones del período, seguidas por aquellas mal definidas del aparato respiratorio -especialmente la neumonía. La población infantil era la más vulnerable, ya que las enfermedades infecto-contagiosas encontraban en los sectores más débiles de la sociedad a sus principales víctimas. Alejandra LANDABURU, María Estela FERNÁNDEZ, "El proceso de construcción de la política social en Tucumán entre fines del siglo XIX y principios del XX", ponencia presentada en el 52º Congreso de Americanistas, Sevilla, 2006.

² Diego ARMUS, "Cuando los enfermos hacen huelga. Argentina, 1900-1940", *Estudios Sociales*, núm. 20, 2001, p. 54.

³ *Ibid.*, pp. 54-55.

por el proceso de medicalización de toda posibilidad de protagonismo.⁴

Partiendo de estas inquietudes, nos hemos propuesto analizar una serie de denuncias contra el desempeño de los médicos, especialmente aquellos empleados en los hospitales municipales. Denuncias que han sido subestimadas -cuando no llanamente ignoradas- por la historiografía local⁵ por considerar que, en el marco de una prensa de marcado tono faccioso, a través de tales denuncias sólo se pretendía mancillar la figura de algunos médicos-funcionarios al calor de la disputa política de turno. Nuestra perspectiva, en cambio, pretende rescatar a la prensa como órgano fundamental de canalización de tales demandas y como manifestación del protagonismo social de los de abajo. En este punto cabe hacer algunas consideraciones sobre la prensa, principal fuente de nuestro análisis.

En el caso de la prensa gráfica, su importancia como fuente es indudable, ya que fue el medio de comunicación pública por excelencia desde el siglo XVIII. Según la historiadora argentina Paula Alonso,⁶ los escritos deben ser estudiados en su entorno, como componentes claves de una situación dada. La prensa sirve para analizar qué clase de hechos eran considerados *información*, y sin duda esa selección respondía a determinaciones sociales, económicas, ideológicas, culturales, etc.

Es importante tener en cuenta que desde principios del siglo XIX la prensa se constituyó en uno de los principales ámbitos de discusión pública y en una de las principales formas de hacer política. Pero además, creemos que la prensa fue un canal de expresión de algunas demandas de los sectores populares. En el caso que nos ocupa, vehiculizó las denuncias de los enfermos y sus familiares sobre los padecimientos, malos tratos y abandonos que sufrían como pacientes en el hospital, o sobre los vanos intentos por acceder a la atención médica por parte de vastos sectores de la población.

Intentamos concebir a los enfermos como sujetos activos que, con un protagonismo real, aunque limitado, lograron problematizar la salud pública. Al respecto, consideramos que la historiografía local⁷ ha reproducido frecuentemente la perspectiva de los contemporáneos a la hora de hacer un análisis tanto de las razones que limitaban el avance como de las causas que incidían positivamente en el mejoramiento de los servicios de salud. Así, vinculado con todo aquello que conducía hacia el *progreso*, ha sido colocado el cuerpo médico profesional,⁸ cuyos integrantes son presentados como los gestores de reglamentaciones e instituciones en el área de la salud, en la dirección de reparticiones municipales, hospitales y organismos de higiene, y desempeñando cargos de relevancia en la vida política local y nacional. Entre los determinantes que limitaron o interfirieron en el tratamiento científico de los problemas relacionados con la salud, se ubican aquellos comportamientos de los sectores populares derivados de *limitaciones por el desconocimiento*, entre los que se sitúan la resistencia a aceptar la medicina científica y la pervivencia de

⁴ Ibid., p. 55.

⁵ María Paula PAROLO y María Estela FERNÁNDEZ, "Controles, manifestaciones y límites del 'arte de curar' en Tucumán durante el siglo XIX", Adrián CARBONETTI, Ricardo GONZÁLEZ LEANDRI (eds.), *Historias de salud y enfermedad en América Latina*, Córdoba, Centro de Estudios Avanzados, 2008, p. 107.

⁶ Paula ALONSO (comp.), *Construcciones impresas. Panfletos, diarios y revistas en la formación de los Estados nacionales en América Latina, 1820-1920*, Buenos Aires, FCE, 2003, p. 9.

⁷ Armando PÉREZ DE NUCCI, *Historia médica de Tucumán, Siglo XIX*, San Miguel de Tucumán, UNT, 1992, pp. 89-125.

⁸ En el ámbito local se destacan las figuras de Benjamín Aráoz, Eliseo Cantón, Alberto de Soldati, Tiburcio Padilla, Víctor Bruland, Luis León de Soldati, Benigno Vallejo, Santos López. Su actuación es atribuida a dos premisas fundamentales: el tratamiento de la salud como un problema público y la necesidad de mayor intervención estatal, en sintonía con las iniciativas a nivel nacional, en Armando PÉREZ DE NUCCI, *Historia médica...* cit. Sin embargo, estos conceptos no han podido fundamentarse en las propias fuentes médicas, ya que las existentes para el siglo XIX son fragmentarias y escasas -algunos escritos, artículos de la prensa, memorias municipales y mensajes de gobernadores.

prácticas medicinales enraizadas en el acervo popular. En este sentido, es llamativo que la abundante concurrencia de pacientes a los servicios de atención médica habilitados en el período -los consultorios externos del Hospital Mixto, la Asistencia Pública, el Hospital de Niños,⁹ el Instituto de Puericultura¹⁰- no sea valorada como prueba de la buena recepción que tenían en el pueblo los servicios de atención médica -especialmente los que brindaban medicación gratuita- lo mismo que la respuesta positiva hacia las campañas de vacunación, cuya referencia en la prensa es abundante.

En otro orden de cosas, la historiografía ha destacado el aporte de los gobiernos *reformistas*, como los de Benjamín Aráoz (1894-1895), Lucas Córdoba (1895-1898, 1901-1904),¹¹ Luis F. Nougés (1906-1909)¹² y Ernesto Padilla (1912-1916). Si bien algunos de estos políticos intentaron llevar a la práctica medidas para mejorar las condiciones de vida, los avances fueron muy limitados. Como bien señala María Estela Fernández, las limitaciones y fracasos de estos intentos se explican por la concepción propia del período y por las mismas contradicciones en el seno del poder, donde los sectores reformistas coexistían con otros menos progresistas y con una visión más conservadora respecto a los problemas y conflictos sociales.¹³

Por todo lo expuesto anteriormente creemos que es necesario un enfoque distinto, menos confiado en la presunta voluntad homogénea, unívoca y nunca plenamente plasmada de médicos y políticos higienistas, y más atenta a las voces y experiencias de los enfermos que pujaban por la ampliación y mejora del sistema de asistencia médica.

La asistencia médica en los Hospitales Municipales

A continuación analizaremos la experiencia de los pacientes del Hospital Mixto -especialmente a partir de la renuncia de la Comisión de Damas Protectora de los Hospitales Municipales (1901)-,¹⁴ lo que pone en evidencia que el sistema de salud seguía

⁹ "Hospital de Niños. Informe del Médico-Director", *El Orden*, Tucumán, 21/07/1903.

¹⁰ "Instituto de Puericultura. Estadística del mes de mayo", *El Orden*, 11/06/1913.

¹¹ Benjamín Aráoz fue médico y presidió la Comisión Nacional en la lucha contra la epidemia de cólera de 1886-87. En su breve período abordó el problema de la provisión de agua potable a la ciudad capital, impulsó la reglamentación de la medicina e intentó mejorar la educación. Lucas Córdoba, que había sido ministro de gobierno de Aráoz, continuó el proyecto del agua con una concepción más integral que incluyó la expansión del riego en las zonas rurales que benefició a los pequeños propietarios; la extensión de la red de agua corriente en la capital; el fomento de la instrucción pública y la preocupación por la situación de los trabajadores. Alejandra LANDABURU, María Estela FERNÁNDEZ, "El proceso de construcción..." cit.

¹² "Dentro de esta misma línea reformista se ubica el gobierno de Luis F. Nougés (1906-1909), que con Julio López Mañan en el Ministerio del Interior, demostró su interés en el tema al incluir en su programa de gobierno una serie de medidas destinadas a mejorar la situación de los trabajadores: control del trabajo en las fábricas, impulso a la enseñanza técnica, sanidad industrial, supresión del alcoholismo, descanso dominical, ley de amparo, abaratamiento de alimentos de primera necesidad, etc. Pero muchas de estas medidas no pasaron más allá de su enunciación. Sin embargo, Nougés fue el primer gobernante que construyó casas para obreros en la capital [...]" Alejandra LANDABURU, María Estela FERNÁNDEZ, "El proceso de construcción..." cit.

¹³ María Estela FERNÁNDEZ, "Aspectos críticos de la realidad social en Tucumán a fines del siglo XIX", *Primeras Jornadas Nacionales de Historia Social*, Córdoba, Centro de Estudios Históricos "Prof. Carlos S. A. Segreti", 2007, disponible en: http://cehsegreti.com.ar/historia-social-1/mesas%20ponencias/Mesa%203/Ponencia_Maria_Estela_Fernandez.pdf

¹⁴ Entre abril y mayo de 1892 se conformaba la Comisión Protectora del Hospital Mixto, con el objetivo central de recaudar fondos para obras de infraestructura y mantenimiento. En enero del 1897 se sancionaba un decreto reglamentando el funcionamiento de la comisión, que ya funcionaba como única depositaria de las

dependiendo de la estructura que brindaban las instituciones de beneficencia para su buen funcionamiento.

Uno de los problemas denunciados con mayor recurrencia era el del hacinamiento. La capacidad de los pabellones era insuficiente en proporción con el número de camas, determinando que la distancia que mediaba entre ellas fuera de menos de un metro. Esta situación atentaba contra el ánimo de los enfermos que debían soportar la impresión que producían los “quejidos lastimeros” de otro que a dos pasos yacía en el “lecho de dolor”, o los estertores de quien agonizaba. Tal situación era una de las razones que más pesaba en el ánimo de muchos enfermos que preferían morir en el rincón de su rancho, privados de todo auxilio, antes que ir al hospital.¹⁵

En estrecha vinculación con el problema del hacinamiento asomaba el debate acerca de si se debían rechazar o aceptar pacientes cuando la capacidad del hospital estaba colmada. La gestión del doctor Benigno Vallejo al frente del Hospital Mixto y de la Asistencia Pública desde el año 1901 impondría sensibles limitaciones al ingreso de pacientes. Esto permitiría solucionar el cuadro de hacinamiento y limitar la responsabilidad del personal médico que reduciría las horas de trabajo, en las cuales se dedicaban únicamente a la atención de la sala que le había sido asignada.¹⁶ La contraparte negativa de la nueva disposición era el rechazo de pacientes en las puertas del hospital y la desatención de aquellos que no cabían en las salas y por lo tanto yacían en carpas y catres en los pasillos y patios del establecimiento.¹⁷ Tal situación se tornaría en una constante con el correr de los años. En 1909, por ej., se negaba el traslado al hospital de siete presos heridos.¹⁸ En 1911 era frecuente que un enfermo esperase por una cama entre una semana y quince días¹⁹ ya que, según *El Orden*, era “público y notorio” que el Hospital Mixto permanecía clausurado para los pobres, por lo que sólo se daba cabida a los enfermos o heridos de mucha gravedad que enviaba la Asistencia Pública y la policía.²⁰

Otro problema frecuente era la ausencia de los médicos del establecimiento en los horarios de atención. Para ciertos personajes las ocupaciones de índole social y política tenían prioridad frente a sus responsabilidades profesionales. En este sentido, una nota periodística indicaba que, así como se prohibía a maestros, religiosos, gendarmes y soldados inmiscuirse en actividades políticas, otro tanto debía hacerse respecto a los

recaudaciones que se obtuvieran en efectivo (por suscripciones, donaciones, rifas, bazares, etc.) y del producto de la Lotería Nacional. Sin embargo, la nueva reglamentación sancionaba la plena incorporación de la Comisión a la administración municipal, cuyos miembros eran elegidos por el intendente municipal. La prensa cuestionaría su existencia al concebirla como una estrategia del municipio para hacer beneficiarios a los hospitales de los dividendos de la lotería (“Sociedades de Beneficencia”, *El Orden*, 17/05/1901). Pese a las denuncias formuladas contra la intendencia capitalina por la mala administración de los recursos así obtenidos, la honradez de las mujeres de la Comisión nunca sería puesta en duda. Sin embargo, sus integrantes presentarían la renuncia en octubre de 1901 (“Hospital Mixto. Desquicio completo. La comisión protectora. No debe existir. El servicio de Hospitales. Y la Municipalidad”, *El Orden*, 24/10/1901).

¹⁵ “Hospital de Niños”, *El Orden*, 16/09/1896.

¹⁶ “Hospitales. Otro médico innecesario”, *El Orden*, 22/08/1901.

¹⁷ “Los hospitales. El médico innecesario”, *El Orden*, 23/08/1901. El 26/10/1901 se sancionaba una ordenanza por la cual se autorizaba gastos para la colocación de carpas para enfermos en el establecimiento. En Hilda GARRIDO DE BIAZZO, Marta BARBIERI DE GUARDIA, *Crónica de los cien años de vida del Hospital Padilla*, San Miguel de Tucumán, UNT, p. 76.

¹⁸ “El hospital mixto. Servicio deficiente”, *El Orden*, 7/10/1909.

¹⁹ “Hospitales Municipales. Su total abandono. Hacinamiento de los enfermos. Pésimas condiciones. En el lazareto sin camas ni locales”, *El Orden*, 22/07/1911.

²⁰ *Ibid.*

médicos ya que, caso contrario, se era cómplice del “delito de lesa humanidad.”²¹

Un caso paradigmático en este sentido lo representaba el doctor Severo González, médico interno del Hospital Mixto y diputado de la provincia. A cargo de la asistencia nocturna de los enfermos, Severo disponía de una habitación correctamente acondicionada, lo que no garantizaba su presencia en el establecimiento. Descrito en la prensa como “hombre soltero, político y social”, no se hallaba cuando se lo buscaba y si estaba dormía, y dormía “fuerte”. Se calculaba que su sostenimiento generaba un gasto aproximado de 600 pesos entre sueldo, comida, alumbrado, “fuera de los extras en comidas o banquetes” que eventualmente ocasionaba la recurrencia de sus amigos.²²

El caso de una mujer que había fallecido sin la asistencia del médico interno terminaría de hacer conocidas sus faltas.²³ Desde la prensa se exigiría al intendente municipal el esclarecimiento del caso a través de una investigación.²⁴ El director de los Hospitales Municipales, Benigno Vallejo, presentaría un informe en el que afirmaba que la mujer había fallecido a consecuencia de un síncope cardiaco. Sin embargo, era dudosa la veracidad de tal aseveración ya que, según algunos testimonios, la mujer había vivido más de una hora después del ataque que había motivado el llamado del médico.²⁵ Finalmente, González quedaría exento de culpa y cargo. Desde la prensa se cuestionaría la seriedad de una investigación para la cual no se había realizado autopsia, ni había implicado la suspensión temporaria del profesional mientras se realizaba la investigación. Había bastado un informe del médico director, “amigo íntimo y protector del médico interno”, para que González fuese exculpado por el intendente, “otro de sus amigos políticos”.²⁶

La percepción que expresaba la prensa era que la política había tomado posesión de las instituciones más sagradas, como el Consejo de Educación y los hospitales municipales, convirtiendo aquellos establecimientos en prebenda de los amigos de causa.²⁷ Benigno Vallejo era señalado como el paradigma del médico-político, que usufructuaba cargos. En la dirección de la Asistencia Pública -dependiente del poder municipal- y del Consejo de Higiene -de carácter provincial y con jurisdicción sobre todo el territorio-,²⁸ todos los hilos de la política sanitaria y de salubridad de la provincia y de su capital estaban en sus manos. *El Orden*, que adhería al gobierno provincial a cargo de Luis F. Nougués, de la Unión Popular, planteaba que con el triunfo del *Vallejismo*, la Asistencia Pública se convertiría en un reducto para que los enemigos de la Unión Popular prepararan su campaña política, con el agregado de los perjuicios que estos manejos tendrían en la salud.²⁹

²¹ “Médicos políticos. La humanidad doliente (Carta de un enfermo, asistido por un facultativo aspirante a Ministro)”, *El Orden*, 22/10/1901.

²² “Hospitales”, *El Orden*, 5/09/1902. Otras menciones a banquetes y visitas en “Hospitales”, *El Orden*, 3/09/1902.

²³ “Hospitales Municipales. El médico interno. Denuncias graves. Deberes de la intendencia”, *El Orden*, 2/09/1902.

²⁴ “El asunto de los hospitales”, *El Orden*, 3/09/1902.

²⁵ “El asunto de los hospitales”, *El Orden*, 4/09/1902.

²⁶ “Los Hospitales y la política. Resultado de la investigación”, *El Orden*, 6/09/1902.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Como Presidente del Consejo de Higiene cobraba \$300; como Director de la desinfección \$200; como Médico de sala del Hospital \$150, en “Hospitales”, *El Orden*, 4/09/1902. En el año 1903 sumaría a estos cargos el de Director de la Administración Sanitaria Municipal o Asistencia Pública y del Servicio de Desinfección.

²⁹ María Estela FERNÁNDEZ, *Salud y políticas públicas en el Tucumán del entre siglo (1880-1916)*, Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Tucumán, Tucumán, 2012, pp. 71-72.

Los hechos no harían más que reforzar estas presunciones. A los pocos días de concluida la investigación por el deceso de la mujer antes aludido, otro caso saltaba a escena. Se trataba de Ramón Balza, maquinista del Ferrocarril Central del Norte, quien había llegado herido de gravedad al hospital al que había encontrado con las puertas cerradas. Tras golpear las puertas, un empleado les había informado de la ausencia del médico interno, ofreciéndose a recibir al herido, quien no sería atendido hasta el día siguiente. Los denunciantes, negándose a abandonar a Ramón, habían protestado en forma vehemente recibiendo por respuesta amenazas de detención. Denunciarían entonces todo lo sucedido ante la policía y la prensa.³⁰

Otra prueba que apunta al funcionamiento deficiente del hospital es la renuncia del farmacéutico, Luis E. Tornow, quien consideraba “deprimente” para su persona constituirse en interno, con el solo objeto de pernoctar y comer en el hospital, sin despachar durante la noche receta alguna. *El Orden* aclaraba lo ya sabido por todos: “Si no se han despachado recetas nocturnas es porque el médico interno hace abandono de sus funciones después de las 8 de la noche [...]”.³¹

Una década más tarde tal situación no se había modificado. En 1913 decía una nota: “No es raro ver, en efecto, en reuniones sociales y confiterías, durante las horas que debieran estar en el hospital, a muchos de estos facultativos, encargados de la vigilancia nocturna. Así se explica que arrecien las quejas de los huéspedes de los hospitales contra la pésima atención que ya es característica inconfundible de nuestros establecimientos sanitarios [...]”.³²

La ausencia del personal médico profesional era suplida en el Hospital de las Mercedes por Ángel Grillo, cabo de cirugía. Benigno Vallejo, además de desempeñarse como Director de los Hospitales Municipales, estaba a cargo de la Sala San Vicente de Paul, destinada preferentemente a los heridos. Su “mano derecha”, el “*carnicero Grillo*” ejecutaba la mayor parte de las intervenciones quirúrgicas.³³ El testimonio de un viajero, en abril de 1902, daba cuenta de su manera de proceder: “Hay un enfermero (o cosa así) que probablemente habrá aprendido su oficio en alguna carnicería y es el hombre de confianza del Director del hospital. Para efectuar operaciones se le tiene una fé ciega. Las víctimas sufren horriblemente, pero ‘el hombre de confianza’ tajea sin piedad.”³⁴

Grillo se encargaba de hacer autopsias, practicar operaciones, sacar muelas y desempeñaba “con una sangre fría que espanta, las funciones de *carnicero* del establecimiento, con aplauso del director del mismo, que refiere, en rueda de amigos, las *gracias* y las *habilidades* del enfermero.”³⁵

Su figura se haría aún más conocida un año después, por la denuncia del jornalero Félix Cantalicio Álvarez,³⁶ que había ingresado enfermo en el Hospital Mixto dos años antes. En el curso de su internación había solicitado la extracción de una muela que lo hacía padecer, para lo cual había sido entregado al “enfermero Ángel Grillo”, quien había extraído un par de muelas en medio de los gestos de dolor de Álvarez. Desde entonces

³⁰ “En el Hospital Mixto. Otro caso concreto. Pésima administración. Un herido abandonado”, *El Orden*, 9/09/1902.

³¹ “El Intendente y los Hospitales. Nuestra denuncia de ayer. Servicio médico abandonado”, *El Orden*, 9/09/1902.

³² “Miserias del Municipio”, *El Orden*, 10/06/1913.

³³ “Hospitales”, *El Orden*, 4/09/1902.

³⁴ “Hospital Mixto. Pobres enfermos”, *El Orden*, 16/04/1902.

³⁵ *Ibid.*

³⁶ “La barbarie en el Hospital Mixto. Una víctima. Lo que cuesta una muela”, *El Orden*, 17/01/1903.

el desdichado no había tenido un día de reposo. Con la cara inflamada había vuelto a su casa, donde había intentado toda clase de remedios caseros. En vista de su estado, había vuelto después de varios meses al hospital para caer nuevamente en manos de Grillo. En esta ocasión el *carnicero* había procedido con un instrumento punzante a hacer varias tentativas para practicarle una incisión en la mejilla inflamada, provocándole más dolor. Había apelado entonces a otro instrumento -una especie de aguja de colchonería- con la que había atravesado la mejilla desde la mandíbula inferior hasta la proximidad del ojo derecho, provocando el desvanecimiento de Álvarez durante dos horas.³⁷

Pocos días antes de realizar la denuncia, Álvarez había sido atendido por Juan Cascardo, quien le había realizado una operación y extraído un pedazo de mandíbula roto por la mano de Grillo y causante de los espantosos sufrimientos que lo martirizaban. Con el pedazo de mandíbula, Álvarez se había dirigido a la intendencia³⁸ y al Consejo de Higiene para hacer conocer su caso. El diario advertía: “¡Probablemente el pobre hombre ignora que el presidente del Consejo y Director del Hospital Mixto es una misma persona!”³⁹

Era evidente que en la “carnicería de don Ángel”, como la gente pobre comenzaba a llamar al Hospital,⁴⁰ trabajaba una suerte de curandero. Esto desataría duras críticas contra Vallejo, ya que mientras el Consejo de Higiene que él presidía perseguía y aplicaba multas a los curanderos de las más remotas poblaciones rurales, el curanderismo se desarrollaba “con carácter oficial” dentro de los mismos establecimientos municipales, “fomentado y pagado con los dineros del municipio”. Don Ángel era el verdadero médico interno del Hospital, ya que él era quien recibía a los enfermos, practicaba operaciones y despedazaba mandíbulas, con autonomía absoluta.⁴¹ *El Orden* clamaba:

“¡Alguna vez se le ha ocurrido al doctor Vallejo exigirle que presente su diploma de ‘doctor’? [...] Don Ángel es un curandero más terrible que los muchos que el Consejo ha perseguido en la ciudad y campaña pues éstos solo podían hacer daño a quienes espontáneamente iban a solicitar sus servicios, mientras que aquel ‘trabaja’ amparado por la autoridad municipal.”⁴²

El intendente ordenaba entonces al doctor Vallejo efectuar una investigación sobre los hechos denunciados. Noticia que no sería bien recibida por la opinión pública, para quien el doctor Vallejo no era precisamente la persona indicada para desempeñar ese cometido.⁴³ Como era de esperar, en el informe de Vallejo el paciente había sido atendido correctamente: habiéndose diagnosticado una “osteoperiotitis de maxilar” se había recomendado una operación quirúrgica a la que Álvarez se había negado.⁴⁴ Éste desmentiría los hechos narrados por Vallejo, lo que sabía de antemano infructuoso: “Yo sé que es de vicio pedir justicia, porque soy pobre, pero quiero que el público sepa la verdad

³⁷ Ibid.

³⁸ “La barbarie en el Hospital Mixto. Nuestra denuncia ratificada por la víctima. Actitud del Intendente Municipal. Investigación decretada”, *El Orden*, 20/01/1903.

³⁹ “La barbarie en el Hospital Mixto. Una víctima. Lo que cuesta una muela”, *El Orden*, 17/01/1903.

⁴⁰ “La barbarie en el Hospital Mixto”, *El Orden*, 19/01/1903.

⁴¹ “La carnicería de Don Ángel. El curanderismo oficial”, *El Orden*, 20/01/1903.

⁴² Ibid.

⁴³ “Hospitales municipales. Su desprestigio. Deberes del intendente”, *El Orden*, 21/01/1903.

⁴⁴ “El asunto del Hospital. La tangente. El Intendente y el doctor Vallejo. El primero anulado por el segundo. Pobre muchacho”, *El Orden*, 26/01/1903.

[...].”⁴⁵ Quien finalmente sufriría las represalias sería el *curandero* Cascardo, quien había revelado a Álvarez la causa de sus males. Sería encarcelado en la comisaría central por no abonar una multa de 200 pesos aplicada por Vallejo.⁴⁶

Ese mismo año (1903) otros casos pondrían en duda la competencia y humanidad del personal del hospital. Un hombre con una herida en la cabeza, proveniente de Villa Nogués, había ingresado al hospital un día 16, dado de alta el 20 y fallecido el 23 por efecto de una infección interna en la herida mal cicatrizada. Mientras se pedía al intendente levantar un sumario contra Vallejo,⁴⁷ se anunciaba que los deudos pedirían reparación ante la justicia.⁴⁸ En el mes de octubre del mismo año otra denuncia ocuparía la prensa. Un preso había sido arrojado a la calle, después de un mes de internación, al ser diagnosticado como enfermo de tuberculosis. Un policía lo había cargado en brazos hasta la comisaría, desde donde se lo había conducido a la Casa de Aislamiento.⁴⁹

Los enfermos que lograban ser atendidos en el hospital padecían los efectos de la falta de presupuesto y las carencias de la infraestructura edilicia que hacían muy penosa la experiencia de internación en el establecimiento. En 1907, por ej., se denunciaba la carencia de los elementos más indispensables para el sostenimiento de la vida.⁵⁰ Un día de frío en que no había leña, los enfermos habían cortado árboles del establecimiento para calentarse y cocinar. También era frecuente que faltasen alimentos, algodón o leche. “La desidia ha llegado al extremo de abandonar los enfermos a su propia suerte [...]”,⁵¹ decía la prensa. En cuanto a la alimentación encontramos algunas descripciones. En 1901 los enfermos pasaban “verdaderas penurias”, que se hacían extensivas a las Hermanas encargadas de su cuidado. Un miembro de la Sociedad Italiana que había ido a visitar a un compatriota, asombrado con la miseria del hospital, había colocado una alcancía en el panteón social. Según su testimonio, “Los enfermos solo disponían de comida escasa y mala y una de las Hermanas estaba tomando como alimento un plato de arroz en estado detestable [...]”.⁵² Ese año la alimentación diaria podía consistir en “un poco de agua caliente con el nombre de caldo, un plato de polenta con chicharrones y de vez en cuando, unos porotos con repollo. Los enfermos pasan hambrunas [...]”.⁵³ La comida, que no alcanza para todos los asilados, era descripta como “intolerable”: “Para llenar las necesidades de los que habían quedado sin comer, se improvisó una sopa de pan viejo, agua y un poco de grasa, siendo ésta la única alimentación que tomaron numerosos enfermos.”⁵⁴

En octubre de ese año (1901), los enfermos de los salones San Roque, San José y San Vicente enviaban una carta a *El Orden*, a través de la cual pretendían llamar la atención de las damas de beneficencia para que hicieran más llevadera su “triste situación”. Esta carta constituye una fuente de primer orden, en tanto refleja la voz de los pacientes,

⁴⁵ “El asunto del Hospital. Mentiras son triunfos”, *El Orden*, 27/01/1903.

⁴⁶ “La venganza esperada. El Dr. Vallejo en acción. Una víctima”, *El Orden*, 28/01/1903.

⁴⁷ “El Hospital Mixto. Un nuevo concreto. Como se atiende a los enfermos. Otra víctima”, *El Orden*, 28/04/1903.

⁴⁸ “Graves responsabilidades”, *El Orden*, 29/04/1903.

⁴⁹ “En el Hospital Mixto. Acto inhumano”, *El Orden*, 13/10/1903.

⁵⁰ “El Hospital Mixto. Una calamidad pública”, *El Orden*, 26/08/1907.

⁵¹ *Ibid.*

⁵² “El Hospital Mixto completamente abandonado. Recurriendo a la caridad pública. Penurias de los enfermos. Situación afligente. Los dineros municipales. Pésima administración”, *El Orden*, 15/11/1901.

⁵³ “El Hospital Mixto. Lamentable abandono. Los enfermos hambrientos. Administración calamitosa”, *El Orden*, 18/11/1901.

⁵⁴ “Hospital Mixto. La alimentación de los enfermos. Justos clamores”, *El Orden*, 11/12/1901.

no mediatizada por las interpretaciones de la prensa que solía publicar esta clase de denuncias:

“este Hospital hoy en día está careciendo de lo mas esencial para nuestra subsistencia: en primer lugar no tiene una astilla de leña y para mayor de nuestros tormentos hasta del agua estamos careciendo [...] si no fuesen los grandes sacrificios que hacen estas dignas y abnegadas hermanas secundadas a la vez por la respetable señora Madre de este Hospital pasaríamos los días muy amargos y muchas veces sin tener el consuelo de llenar nuestras mas exigentes necesidades.”⁵⁵

En 1902 se servía “agua con grasa por caldo de gallina [...]”⁵⁶ En 1906, las condiciones eran similares: la calidad de los alimentos era pésima, casi todos las tardes no se brindaba ni una copa de leche a los enfermos, pues la que se recibía en el hospital se cortaba con el calor, ya que no se contaba con heladera. Algo similar ocurría con la carne, que también se descomponía antes de ser suministrada a los pacientes. El pan solía ser rechazado por los pacientes por su mala calidad, “el café que sobra del que toman los empleados se mezcla con un poco de té, sin limpiar los tachos, y se sirve a los enfermos [...]”⁵⁷ En 1909 decía la prensa:

“la alimentación que se da a enfermos, pensionados y empleados, se continúa haciendo en pésimas condiciones [...] Es necesario, pues, que el doctor Poviña no se concrete a ordenar el lanzamiento de la carne que se encuentra en completo estado de descomposición en las mesas de la cocina del hospital, sino que arbitre las medidas necesarias para que esa carne y demás alimentos en el establecimiento sean recibidos en condiciones de perfecta higiene.”⁵⁸

En el año 1911 la única cocina existente en el hospital era la de los empleados. La comida de los enfermos era preparada en el exterior, en un claro entre dos pabellones, donde “una gran fogata que alimentaba el calor de dos grandes calderas [...]”⁵⁹

La falta de presupuesto afectaba también al personal, insuficiente y mal remunerado, en especial los enfermeros. En 1905 se adeudaban cuatro meses de sueldo a los empleados del Hospital, lo que empeoraba la situación de los enfermos asilados por las consecuencias que aparejaba la desmoralización reinante entre la gente de servicio.⁶⁰ Dos meses más tarde la situación no se resolvía. Las lavanderas, junto con varios enfermeros y ayudantes, habían renunciado a sus puestos, “con la esperanza de cobrar sus haberes”; por esa razón, el hospital carecía de sábanas, fundas y camisas.⁶¹ En febrero de 1906 persistía el malestar y la amenaza de huelgas del personal por falta de pagos era permanente, lo que acrecentaba

⁵⁵ “Hospital Mixto. Sin Comentario”, *El Orden*, 23/10/1901.

⁵⁶ “El Hospital Mixto”, *El Orden*, 3/05/1902.

⁵⁷ “En el Hospital Mixto. Las penurias de los enfermos. Artículos alimenticios. Una aclaración necesaria.”, *El Orden*, 6/02/1906.

⁵⁸ “Mala administración”, *El Orden*, 5/05/1909.

⁵⁹ “Hospitales Municipales. Su total abandono. Hacinamiento de los enfermos. Pésimas condiciones. En el lazareto sin camas ni locales”, *El Orden*, 22/07/1911.

⁶⁰ “Sueldos impagos-Por el Hospital Mixto”, *El Orden*, 4/10/1905.

⁶¹ “En el Hospital Mixto. Situación desesperante”, *El Orden*, 18/12/1905.

la resistencia de los pacientes a alojarse allí.⁶²

Mientras esta situación se prolongaba, los enfermos suplían la falta de personal colaborando en tareas esenciales, como la limpieza o como auxiliares de cocina. Esta situación podía atentar también sobre el ánimo de los pacientes. En 1906 se denunciaba que una de las personas dedicada a esta tarea presentaba “manifestaciones repugnantes en su cuerpo y su rostro de una de las enfermedades más contagiosas [...]” A él le era confiada la limpieza de los platos en que comían los demás asilados y otros quehaceres de cocina, “lo que importa el más condenable descuido [...]”⁶³

En un panorama tan complejo, de carencias y padecimientos múltiples, los malos tratos hacia los pacientes eran moneda corriente. Se tornaría un tópico recurrente en la prensa las denuncias por la “parcialidad”⁶⁴ o “preferencia”⁶⁵ de los enfermeros en la atención de ciertos pacientes, mientras los médicos también eran señalados por sus malos tratos:

“En el HM, los médicos -tal vez con alguna excepción- han olvidado en absoluto los deberes de humanidad, haciendo de generar su honrosa misión, hasta el extremo de tornarla antipática a los ojos de la gente pobre [...] En cuanto al médico interno, son generales las quejas contra su falta de empeño en favor de los asilados, habiéndonos manifestado muchos de éstos que faltan en él la amabilidad y consagración que debieran adornar a quien tiene a su cargo una tarea como la suya [...]”⁶⁶

Además, el régimen interno del hospital parecía ser excesivamente riguroso para los pacientes, “aquello, lejos de ser un asilo, se vá convirtiendo en un espacio de cárcel, con ribetes de Inquisición.”⁶⁷ Se aplicaba una severidad extrema, por ej., respecto a las visitas, que se limitaban a dos días por semana, jueves y domingo.⁶⁸ Se reclamaba desde la prensa: “Hora es ya de que los encargados de los hospitales se den cuenta de que su acción es de humanidad, en vez de ser de tiranía y despotismo, y se habitúen a suavizar los procedimientos en bien de su propia misión excesivamente desprestigiada en la actualidad [...]”⁶⁹

En el marco de los malos tratos hacia los pacientes, no podemos dejar de mencionar las relaciones de poder a que estaban sometidos por parte de los médicos-políticos de los hospitales, que los sometían a participar en las formas más básicas del clientelismo político de entonces. Así, por ej., en 1906 se denunciaban las intenciones de Benigno Vallejo y de Severo González de llevar a las urnas a varios enfermos del Hospital y a todos los empleados del establecimiento habilitados para votar en los comicios.⁷⁰ A los pocos días una carta publicada en la prensa ofrecía algunos detalles sobre “trabajos políticos” que allí se realizaban:

⁶² “Hospitales Municipales. Males a subsanar”, *El Orden*, 1/02/1906.

⁶³ “En el Hospital Mixto. Descuido condenable”, *El Orden*, 5/01/1906.

⁶⁴ “En el Hospital Mixto”, *El Orden*, 29/01/1909.

⁶⁵ “En el Hospital Mixto. Completo abandono. Quejas de los enfermos. Reforma necesaria”, *El Orden*, 16/03/1906.

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ “Los hospitales municipales. Su reorganización”, *El Orden*, 17/11/1909.

⁶⁸ “El Hospital Mixto. Visita al establecimiento. Medida administrativa. Condiciones del edificio”, *El Orden*, 18/10/1910.

⁶⁹ “En el Hospital Mixto. Un nuevo abuso”, *El Orden*, 13/01/1910.

⁷⁰ “En el Hospital Mixto. Los agentes del ‘Palomar’”, *El Orden*, 11/01/1906.

“Esto, señor ya no es un hospital ni cosa parecida es un verdadero Club Democrático, en donde se cotizan los votos de los anémicos empleados con las amenazas de su destitución si no acceden a sus ambiciones de que se vendan, para poder ellos lograr un puesto presupuestívoro [...] Esta mañana temprano han dado una orden, dichos señores, de que todos los enfermos que puedan levantarse, tienen que ir a dar su voto a favor de los demócratas, acompañados de sus respectivos enfermeros, augurándoles con su triunfo hasta camas de oro [...]”⁷¹

La prensa denunciaría la dilapidación de los recursos del hospital en elecciones fraudulentas. Se decía sobre Vallejo: “dedicado por entero a la politiquería más condenable, descuidó sus deberes hasta el extremo de haber pasado los enfermos verdaderas torturas, por falta de los cuidados que en aquel establecimiento estaba obligado a prestarles.”⁷² Se anunciaba la gestión de un empréstito, una parte del cual se pensaba destinar a la realización de obras que el Hospital Mixto reclamaba con urgencia.⁷³

Las condiciones del Hospital Padilla en el Centenario

En 1910 la situación del hospital más importante de Tucumán dejaba mucho que desear. El piso de ladrillo irregular no permitía utilizar la camilla para trasladar a los enfermos; los techos en su mayoría no tenían cielo raso; las tejas estaban en gran parte rotas o destruidas, de modo que cuando llovía los enfermos debían trasladarse con sus catres esquivando las goteras y se recomendaba llevar paraguas para permanecer bajo techo.⁷⁴ Casi no había ventanas con vidrios, por lo que el agua y el frío penetraban fácilmente.⁷⁵ En el pabellón destinado a heridos las camas no tenían cortinas, lo que producía un “lamentable efecto moral en los enfermos”, que debían presenciar las curaciones de otros pacientes. En el pabellón de clínica convivían en un mismo espacio tuberculosos, variolosos y enfermos cardíacos, entre otros. Como no había camas suficientes, los enfermos menos delicados dormían en catres de lona que se colocaban en el espacio libre en medio del pabellón. Los baños eran una estrecha pieza al lado de cada pabellón. Se trataba de celdas reducidas, de ladrillos medio destruidos, con techos que dejaban pasar el agua de lluvia. En tres de esas celdas había una tina de zinc o de hierro enlozado, de color indefinido y abollada, “con todo el aspecto de conservar de tiempo atrás capas de mugre superpuestas [...]” Por asientos había cajones. Allí se daban los baños tibios a los enfermos. En un galpón recubierto con chapas viejas de zinc, adosado al muro de la parte norte del edificio, a 30 o 40 metros de distancia, se calentaba el agua en tachos de alcohol o kerosene, para luego ser llevada a pulso hasta las tinajas.⁷⁶

⁷¹ “En el Hospital Mixto. La política oficialista. Abusos escandalosos”, *El Orden*, 13/01/1906.

⁷² “Hospital Mixto. Reformas necesarias. A favor de los pobres”, *El Orden*, 28/09/1906.

⁷³ “Hospital Mixto. Reformas necesarias. A favor de los pobres”, *El Orden*, 28/09/1906; “El Hospital Mixto. Obras necesaria. Aquellos polvos, traen estos lodos”, *El Orden*, 27/09/1906.

⁷⁴ “El Hospital Mixto. Visita al establecimiento. Medida administrativa. Condiciones del edificio”, *El Orden*, 18/10/1910.

⁷⁵ “El Hospital Mixto. Pobreza extrema. Sala de operaciones y anfiteatro”, *El Orden*, 19/10/1910.

⁷⁶ *Ibid.*

No nos parece necesario seguir en detalle la evolución edilicia de los Hospitales Municipales, algo que ya ha sido realizado en otras investigaciones. Sólo nos interesa destacar, como dato significativo, que hacia 1915 el ya denominado Hospital Padilla contaba con seis pabellones con una capacidad normal de 168 camas, sin incluir las de la sala de la Cruz Roja destinada a recibir pensionistas.⁷⁷

Por otro lado, es importante destacar los servicios que prestaba la farmacia del hospital, a cargo de la entrega de medicamentos para los pacientes del HM, el San Miguel, la Casa de Aislamiento, la casa de las Hermanas Franciscanas y otros establecimientos, siendo de 4.000 el término medio de recetas que se despachaban al mes. Este servicio estaba atendido por un farmacéutico, un ayudante y un sirviente, lo que resultaba insuficiente y obligaba al farmacéutico a costear de su bolsillo otro ayudante. El sistema para despachar recetas a los pobres que las solicitaban era extremadamente burocrático. La persona que deseaba *medicarse en el hospital* necesitaba previamente obtener de la comisaria respectiva un certificado de pobreza; con éste pasaba a la Asistencia Pública que le otorgaba una tarjeta, la que debía presentar a la Administración del hospital que, a cambio, le entregaba una ficha para que el enfermo fuese atendido por uno de los médicos. Obtenida la receta, recién se despachaba el medicamento. Observaba el cronista:

“Ahora bien, conocemos todos a nuestras autoridades y la manera como se tratan a los pobres. Un individuo indigente necesita un día para obtener un certificado de pobreza; otro día empleará en conseguir la tarjeta de la AP, y queremos creer que en el Hospital solo espera una hora, aunque si su condición es delicada, puede morir antes de recibir los medicamentos gratuitamente. Ayer nos hemos explicado perfectamente la razón por la que los pobres se quejan de las trabas que se les pone para obtener una receta en el HM. Lo lógico y lo práctico sería, en primer lugar, que el médico interno estuviese siempre en su puesto [...] y un solo médico no basta y que se necesita dos [...]”⁷⁸

Para ser atendidos en el consultorio externo del Hospital de las Mercedes los enfermos debían concurrir a las 7 de la mañana, con la amenaza de no darles boleta de consulta -como efectivamente ocurría- si llegaban más tarde. Obedientes a aquella disposición, a las siete o siete y media se reunían allí numerosas personas de ambos sexos y de todas las edades. Los médicos no llegaban al consultorio hasta las 10, 11 o 12 del día, ocurriendo más de una vez que a esa hora no encontraban ya a quien atender, pues todos se habían retirado a sus casas, “los unos fatigados por la larga espera, los otros reclamados por sus ocupaciones y muchos más obligados por la necesidad de atender sus hogares, en los que dejan abandonada a su familia, mientras van al hospital.”⁷⁹ El consultorio consistía en una pieza bastante pequeña, donde tres o cuatro médicos atendían a todos los enfermos. Allí, en presencia unos de otros, se realizaban los exámenes clínicos. “De manera que se obstaculizan mutuamente, y concluyen por circunscribir su acción a lo más elemental y simple. Esto es una anomalía, por no decir una vergüenza.”⁸⁰

⁷⁷ Hilda GARRIDO DE BIAZZO y Marta BARBIERE DE GUARDIA, *Crónica de los cien años...* cit., p. 76.

⁷⁸ “El Hospital Mixto. Visita al establecimiento. Medida administrativa. Condiciones del edificio”, *El Orden*, 18/10/1910.

⁷⁹ “En el Hospital Mixto. Completo abandono. Quejas de los enfermos. Reforma necesaria”, *El Orden*, 16/03/1906.

⁸⁰ “El Hospital Mixto”, *El Orden*, 3/09/1907.

Para finalizar este apartado, no podemos dejar de hacer referencia al nuevo reglamento que regiría los Hospitales Municipales desde octubre de 1914. Por un lado, se enunciaban claramente las obligaciones del personal profesional, lo que presumiblemente evitaría en adelante la reiteración de casos como los anteriormente expuestos. Así, por ej., se establecía que los médicos internos debían vivir en el hospital y no podían ausentarse sin previo aviso y consentimiento del médico Director, no pudiendo faltar más de tres horas al día al Hospital debiendo, en tal caso, tomar las medidas necesarias para que el servicio no fuese alterado en su ausencia.⁸¹ Lo mismo valía para el enfermero de guardia, a quien le estaba *estrictamente prohibido* ausentarse del establecimiento, “ella importará la separación del o de los empleados que en ella incurriesen [...]”⁸²

Nos interesa resaltar especialmente las disposiciones del reglamento respecto a los enfermos, a quienes les estaba expresamente prohibido “Redactar o presentar colectivamente quejas del servicio debiendo darlas aisladamente al Director del Hospital [...]”⁸³ Este punto refleja que la protesta organizada de pacientes fue un hecho real y corriente, y que ameritaba, además, la aplicación de esta clase de mecanismos de represión o contención, por el estado público y las repercusiones que podían alcanzar.

En 1916, el informe del interventor municipal Eudoro Avellaneda pondría en evidencia que, pese a los avances reglamentarios, el problema principal, la falta de recursos, seguía sin solucionarse. En este marco Avellaneda plantearía un ya gastado debate: ¿era más humano aceptar o rechazar enfermos en el hospital? El interventor era de la opinión de que era más conveniente rechazar enfermos, evitando las “consecuencias funestas” del hacinamiento y argumentaba:

“La recepción de estos desgraciados, a veces es forzosa, porque llegan, tal vez con toda intención, en los trenes nocturnos. Cuando me he encontrado en presencia de tales hechos se han rechazado enfermos y como consecuencia de ello tenemos en las cifras de hospitalización durante el año 1915 una disminución sensible sobre 1914 [...] No es posible hacer cargar a los vecinos de esta Capital con los enfermos de toda la Provincia [...]”⁸⁴

Eudoro proponía como solución entregar a la municipalidad la mayor parte de los recursos destinados al sostenimiento de los hospitales de la campaña, dejándose a éstos solamente con salas de primeros auxilios. Otra alternativa era crear o dotar de recursos especiales a esos establecimientos, sin tocar las entradas del presupuesto, “lo que entorpece la marcha de la Comuna, e impide la realización de obras urgentes, para atender servicios de esta clase que benefician a personas ajenas a los intereses del Municipio [...]”⁸⁵ Evidentemente, los ingresos de la Lotería de Beneficencia Nacional y la recaudación impositiva de la que eran objeto los vecinos de la capital resultaban insuficientes y lo fundamental del problema, la provincialización de los hospitales, seguía como alternativa pendiente.

⁸¹ Reglamento General de los Hospitales Municipales (31/10/1914), Archivo de la Legislatura de Tucumán (en adelante: ALT), *Digesto Municipal*, t. IX, p. 479.

⁸² *Ibid.*, p. 482.

⁸³ *Ibid.*, p. 490.

⁸⁴ ALT, *Digesto Municipal*, t. VII, 1909-1923, pp. 142-143.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 144.

La atención médica, un bien accesible para pocos. El Servicio de Asistencia Médica de Primeros Auxilios de la Asistencia Pública

Las estadísticas son elocuentes respecto al elevado número de fallecimientos que ocurrían sin asistencia médica. En el informe elaborado para el *Anuario Estadístico de la Provincia* correspondiente al año 1886, Paulino Rodríguez Marquina señalaba que, salvo tres o cuatro departamentos, la provincia carecía de médicos y por lo tanto en la mayor parte de las partidas de defunción quedaba sin anotarse el diagnóstico.⁸⁶ Así, por ej., los 1.123 casos de defunciones consignados como *causas desconocidas y sin especificar* habían ocurrido sin tener siquiera el consuelo de su familia. Se desconocía la causa de muerte de aproximadamente el 16,31% de los casos.⁸⁷

Un problema fundamental era la escasez de médicos diplomados en relación con la población. Paula Parolo y María Estela Fernández brindan datos muy ilustrativos al respecto. Las demandas crecientes de la población, que se había duplicado entre 1869 y 1895, no se correspondían con el número de profesionales, que por otra parte se concentraban en la ciudad capital, quedando extensas zonas de la campaña aisladas y sin atención.⁸⁸ Por otro lado, el acudir a un médico no era accesible para la mayor parte de la población, a menos que sus servicios fueran gratuitos y garantizados por los poderes públicos. En 1913 la prensa comentaba que ya que los servicios médicos resultaban "demasiado onerosos para los pacientes" se había decidido uniformar un arancel, tanto para las visitas a domicilio como para las consultas en sus respectivos estudios. Con tal fin, algunos médicos elevarían una nota al Consejo de Higiene proponiendo el nombramiento de una comisión de médicos para que fijasen la tarifa, cuya aprobación la daría finalmente el Consejo. Una vez sancionada, los médicos podrían cobrar menos de lo establecido pero nunca más.⁸⁹

En este contexto, la atención médica gratuita era indispensable. El 3 de febrero de 1899 Zenón Santillán, que se desempeñaba como intendente capitalino, anunciaba al gobernador Prospero Mena la decisión de crear una Asistencia Pública, uno de cuyos objetivos sería facilitar la curación de los enfermos pobres que carecían de los medios necesarios para hacerlo por su propia cuenta. Con este fin, se establecía un servicio de asistencia médica gratuita que serviría de base para la Asistencia Pública.

Según su reglamento, el servicio médico de la Asistencia Pública sería desempeñado por los médicos de la provincia y la municipalidad, tanto en consultorios como a domicilio. Se atendería durante las horas de la mañana en el Hospital Mixto de las Mercedes y durante la tarde en la Casa Municipal. Esta asistencia médica se dispensaría en casos de accidentes en la vía pública, catástrofe u epidemias y a los pobres inscriptos en un registro especial.

Acceder a la atención médica gratuita requería un engorroso trámite burocrático para los enfermos, que debían primero inscribirse en un Registro de Pobres en la comisaría de la municipalidad. Allí se les exigía un certificado firmado por cualquiera de las siguientes autoridades: el intendente municipal, el intendente de policía, los presidentes de las sociedades de beneficencia reconocidas por el Estado, los superiores de las corporaciones religiosas que prestaban servicio hospitalario o de asistencia a enfermos, por médicos,

⁸⁶ *Anuario Estadístico de la Provincia de Tucumán*, Año 1896, p. XXVI.

⁸⁷ *Ibid.*, p. XXVII.

⁸⁸ María Paula PAROLO y María Estela FERNÁNDEZ, "Controles, manifestaciones..." cit., pp. 105-106.

⁸⁹ "Arancel médico", *El Orden*, 25/07/1913.

curas párrocos o el comisario de policía. El reglamento incluía una serie de cláusulas, que nos resultan ciertamente llamativas, respecto a las sociedades de beneficencia. Éstas podrían emitir el certificado de pobreza siempre que declarasen su aceptación de las disposiciones del reglamento y fueran reconocidas hábiles por resolución de la intendencia municipal. Además, se establecía que en caso de que los médicos solicitaran el socorro de ropas, alimentación y cuidado para pacientes necesitados, las sociedades de beneficencia o de las corporaciones religiosas deberían proveerlo inmediatamente y, en caso de negarse sin causa justificada, serían declaradas inhábiles para expedir los certificados de pobreza.⁹⁰ Esto evidencia que el sistema público de salud seguía dependiendo, como un soporte fundamental, del viejo complejo caritativo del que infructuosamente había intentado apartarse desde el traslado a esfera municipal de los hospitales que estaban bajo administración de la Sociedad de Beneficencia (año 1886).

El 25 de noviembre de 1902, finalmente, se creaba la Administración Sanitaria y Asistencia Pública. En el decreto que la reglamentaba se establecía claramente el funcionamiento del Registro de Pobres antes mencionado. Las personas inscriptas serían acreedoras de una boleta en la que debía constar el número de orden del Registro, nombre y apellido del padre, edad, etc., con la firma del secretario y el sello de la AP. Fuera de las personas inscriptas en el Registro, ninguna otra podría ser atendida gratuitamente, salvo los casos de urgencia y aquellos imprevistos que quedan “a criterio de los señores médicos”. Lo más llamativo, sin embargo, es la dureza de la pena para quien transfiriera su boleta a otra persona: perdería los derechos a la atención gratuita y su nombre sería eliminado del Registro, no pudiendo solicitar nuevamente su inscripción hasta después de un año.⁹¹

El decreto de reglamentación de la AP establecía, además, que el *indigente* no podría hacer valer sus derechos a la asistencia ante la justicia ordinaria, sino ante la autoridad administrativa, “la cual no debe admitir ningún reclamo que tenga por objeto conseguir más de lo estrictamente necesario o de lo que confiere el reglamento respectivo [...]”.⁹² Este artículo impedía que prosperase cualquier demanda legal contra médicos que, por ausencia o negativa, abandonasen a un paciente. Esto nos brinda más elementos para comprender por qué la prensa se erigió en un vehículo fundamental de expresión de las quejas y cargos de los pacientes contra los médicos: en la medida en que esta clase de disposiciones inhibían con antelación cualquier reacción legal por parte de los pacientes, la prensa se constituía en una herramienta indispensable para visibilizar sus quejas y demandas.

A modo de cierre

Si bien es indudable que a lo largo del período se fue consolidando y legitimando la autoridad médica, así como el conocimiento científico en materia de salud -lo que se

⁹⁰ Ibid., p. 357.

⁹¹ Decreto reglamentando la Administración Sanitaria y Asistencia Pública (20/01/1903), ALT, *Digesto Municipal*, t. VI, 1901-1909, pp. 410-411. Desde el año 1914 se cobrarían aranceles en los consultorios de la Asistencia Pública y de los Hospitales Municipales. Tal medida se había adoptado para frenar el abuso de muchos pacientes que pretendían ser atendidos sin estar registrados en el Registro de Pobres. Ibid., p. 123.

⁹² Ibid., pp. 414-415.

manifestaba en los espacios que aquellos ocuparon en los establecimientos sanitarios y en los elencos gobernantes y en el significativo avance de la infraestructura hospitalaria, creemos que los mismos fueron limitados en relación con las demandas formuladas desde abajo y con los recursos económicos disponibles, generalmente mal administrados.

La evolución de la institución hospitalaria, lenta y a fuerza de pedidos reiterados y denuncias periodísticas, demuestra que no se trató de un progreso lineal, sino complejo, lleno de conflictos y tensiones, y en el cual las representaciones solían no corresponder con lo actuado por los diferentes agentes. Así, la figura de los médicos-políticos señalados por la historiografía como quienes debían impulsar el avance, fortaleciendo por todos los medios disponibles a su alcance el proceso de medicalización, chocaba con las constantes quejas de pacientes que, al tiempo que resistían ciertos procedimientos y prácticas médicas, exigían que la atención profesional se hiciera en condiciones dignas, humanitarias y eficaces.

Creemos que la razón por la cual amplios sectores de la población persistieron en la práctica de acudir a curanderos, pese a los instrumentos legales y controles aplicados, podría ser contemplada como una de las formas o respuestas a la carencia de atención médica profesional. Pero, además, consideramos que las desconfianzas o resistencias de los sectores populares a los médicos y los hospitales respondían, más que a temores supersticiosos, a la propia experiencia sobre los profesionales y sus establecimientos de salud. Sin embargo, muchas veces, estos temores fundados y esas creencias parecían ceder cuando, ante la necesidad de salvar la vida de una persona, se hacían colas desde la madrugada para conseguir una consulta, se dedicaban largas horas tramitando un certificado de pobreza, se golpeaba insistentemente la puerta de un médico y se soportaba frío, hambre o malos tratos en la cama del hospital.

Iluminar el quehacer de los enfermos, reconstruyendo sus presuntas vivencias en los hospitales y analizando sus reclamos vehiculizados a través de la prensa, permite aportar nuevos elementos de análisis que complejizan y dinamizan el entendimiento del proceso de medicalización. Así, en lugar de centrarnos únicamente en una dinámica de control social y aplicación verticalista de nuevos saberes y prácticas sobre los sectores populares, intentamos concebirlo como un proceso complejo y contradictorio, en el que el protagonismo de los actores es determinante. Demostramos que en considerables ocasiones quienes "naturalmente" debían motorizar ciertas políticas públicas no lo hacían en la práctica, o al menos no al nivel que pregonaban desde lo discursivo, mientras que los enfermos, supuestos agentes reticentes al proceso de control y domesticación que implicaba la popularización de la medicina científica, aparecían forzando -desde la denuncia y la queja- la ampliación y mejora del sistema público de salud.

Finalmente, creemos que nuestra hipótesis respecto al real protagonismo de los pacientes al despuntar el siglo XX se comprueba al analizar las reglamentaciones de la Asistencia Pública (1903) y de los Hospitales Municipales (1914) donde con antelación se inhibía a los enfermos de presentar quejas colectivas o iniciar acciones legales en reclamo de mejor atención médica.