
Salud, colonia y pampa. Dispositivos sanitarios en el primer siglo de la Ciudad de Buenos Aires.

Roxana H. Abelleyro*
Jaime Bortz*

Resumen

El propósito de este artículo es revisar los aspectos relativos a la atención de la salud en el primer siglo de establecimiento estable de población en la ciudad de Buenos Aires. Evitamos el uso de las expresiones "medicina" y "sistema de salud" porque nos parecen inapropiadas para nuestro objeto de estudio. Se estudian las cuestiones relacionadas con la salubridad, el proyecto de un hospital y a los imaginarios y prácticas de los primeros pobladores, privilegiando el tratamiento del habitar. La salud no era considerada un derecho que mereciese especial atención a partir del poder político, por lo que la ciudad careció de médicos practicantes. Se registraron normas de salubridad pública y de construcción saludable. No hubo supervisión del desempeño de los sanadores. El proyecto de Garay contemplaba la construcción de un hospital que se inauguró en 1611. Parece haber sido un sitio de segregación. Por otra parte, la escasez de titulados dio lugar a la coexistencia de curadores empíricos. En 1605 el Cabildo contrató a un cirujano portugués con fondos públicos. Es probable la existencia de una medicina tradicional indígena aportada por indias y mestizas.

* Lic. en Ciencias Políticas, docente en Metodología de la Investigación y Epistemología (UBA).

* Doctor en Medicina, docente investigador categoría II (UBA), profesor regular adjunto de Historia de la Medicina.

Summary

HEALTH, COLONY AND *THE PAMPAS*. PUBLIC HEALTH MEASURES IN THE FIRST CENTURY OF THE CITY OF BUENOS DE BUENOS AIRES.

The purpose of this article is to review the issues related to health care over the first century of the stable settlement of population in the city of Buenos Aires.

We have avoided the use of the words “medicine” and “public health system” because we find them inappropriate for the subject matter of our study. We have studied the issues related to sanitation, the projects to build a hospital and the first settlers’ collective representations and practices, prioritizing the treatment of dwelling places. Health was not considered a right deserving any special attention of the political power. Therefore, the city did not have any practicing physicians. Rules related to public health and sanitary constructions were registered. The healers’ performance was not supervised. Garay’s project included the construction of a hospital which was opened in 1611. Apparently, said hospital was a segregation site. On the other hand, the shortage of qualified physicians gave rise to the existence of empiric mediciners. In 1605, the *Cabildo* (town council) hired, with public funds, a Portuguese surgeon. Indigenous medicine contributed by Amerindian and half-blood women is likely to have existed.

Key Words: health, practice of medicine, Buenos Aires.

Introducción

*"(...) la ubicación es el hecho cultural por excelencia.
Todo el esfuerzo de la cultura tiende, esencialmente a saber dónde
de se está.*

*Ubicar significa ubicarse. De nada le sirve al hombre averiguar
dónde se halla un lugar del planeta,
cómo no sea en función de lo que ese sitio le importe
con respecto a sí mismo y a sus semejantes."*

Florencio Escardó, *Geografía de Buenos Aires*

Los historiadores coinciden en considerar el establecimiento y desarrollo de la hoy llamada Ciudad de Buenos Aires a partir de su fundación por Juan de Garay en 1580. Nuestro propósito es abordar los aspectos vinculados con la salud en la ciudad durante poco más de los primeros cien años que siguieron a su establecimiento, cuando la cantidad de habitantes y su estructura fueron más cercanos al imaginario de lo rural que de lo urbano. Para analizar esta temática no consideramos adecuado referirnos a la *medicina* porque "(...) puede decirse que no existe, durante la colonia, ciencia en la Argentina: ni en el sentido de una organización del saber científico y menos aún en el sentido de la producción original. (...)". Tampoco consideramos adecuada la referencia al un *sistema de salud*, concepto que se asocia al planeamiento institucional de ofertas relacionadas con las demandas vinculadas a los problemas de salud de la población, situación que no estaba presentada en esta primera etapa de la colonia.

¹ José Babini, *Breve Historia de la Ciencia Argentina*. En: Miguel de Asúa, compilador. *La ciencia en la Argentina. Perspectivas históricas*, Buenos Aires (1993). Siguiendo a Babini, la situación se modificará recién en 1779 con la creación del Protomedicato en el Río de la Plata, institución que formaba, habilitaba y controlaba la competencia de los profesionales en el área.

Hemos seleccionado, en cambio, indicadores como las normas relacionadas con un esbozo de la consideración de salubridad de la ciudad, el proyecto de un hospital y las cuestiones vinculadas a su efectivización y funcionalidad, referencias a quienes de un punto de vista técnico se orientaron hacia el tratamiento de la enfermedad y los imaginarios y las prácticas de los primeros pobladores. Seguiremos así las posiciones historiográficas del urbanismo que privilegiaban el tratamiento del *habitar*: "Haciendo del sustantivo un verbo: cambiando "hábitat" por "habitar", se transforma un hecho, una cosa, en una acción. (...) Habitar refiere a un sinnúmero de fenómenos (entre los que también hay objetos), (...) debemos reunirlos en un discurso conceptual que indique relaciones, características, mutaciones."

El proyecto de Juan de Garay

Mientras que la expedición encabezada por Pedro de Mendoza en 1536 constituyó un emprendimiento desde la Corona orientada a la búsqueda de riquezas – pensado luego de las experiencias de Cortez y Pizarro en América continental - la de Juan de Garay en 1580, conformada por trescientos hombres, nació como un emprendimiento local iniciado en Asunción. El proyecto de Garay se relacionó con la aspiración de establecer un puerto que habilitase, dentro de los límites impuestos por el sistema de comercio monopolístico español, una ruta directa por ultramar en vez de la ruta terrestre descendente desde la capital del Virreinato del Perú (Lima) hasta la Provincia del – supuesto - Río de la Plata. El proyecto de Garay no pudo concretarse tempranamente, puesto que la Corona no lo permitió - situación que alentó el desarrollo del contrabando -, aún habiendo logrado el mantenimiento del grupo en la costa del río, a diferencia de lo que había sucedido casi cuatro décadas antes con la expedición de Mendoza.

En el Acta de Fundación y en el Plano Fundacional del Archivo General de Indias podemos ver la proyección de la traza de la ciudad² diseñada en retícula y la distribución de solares para los vecinos, el fundador y los destinados a lo que hoy denominaríamos “espacios comunitarios”, como el Fuerte, la Plaza Mayor, los pertenecientes a las órdenes religiosas de San Francisco y Santo Domingo y al Hospital de San Martín. “La traza en damero, (...) produce una organización espacial del espacio público con características propias. Entre ellas, una homogeneidad territorial (...) También permite la localización ordenada y *a priori* de los principales elementos urbanos, entre los cuales se destacan la Plaza Mayor y la manzana o cuadra. (...) La cuadra, en la que ubicaban los solares era de considerables dimensiones (...). Allí se construyeron casas, al principio exentas, pero muy pronto encuadradas por medianeras y en orden cerrado sobre la calle. (...) Esta disposición crea el carácter de la ciudad, dándole a las calles una peculiar conformación, sobre todo cuando las calles son rectas y perpendiculares entre sí.”³

La estructura urbana, característica de las ciudades hispanoamericanas con fundamentos desde Viturbio o Santo Tomás e inspirada en las ideas renacentistas, condicionó una organización funcional centrípeta; es decir, produjo que el conjunto de las actividades sociales se direccionen y enlacen hacia el centro, el que se transformó sucesivamente en espacio de justicia, de fiestas, de mercado. Se dio en caso de Buenos Aires que el centro político y social no coincidió con el centro geométrico y geométrico por su acercamiento a la costa fluvial.

² Rafael E.J.Iglesia, documento difundido en el Seminario Introducción al Estudio de la Arquitectura Colonial Hispanoamericana, Carrera de Especialización en Historia y Crítica de la Arquitectura y el Urbanismo, Escuela de Posgrado, Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo de la Universidad de Buenos Aires, 2006.

³ Iglesia, documento difundido... cit.

La salud en la Ciudad de Buenos Aires / 1580 - 1700

Como señalamos en la introducción, el cruce de cuatro ejes pretende reflejar continuidades y rupturas entre las disposiciones y decisiones formales de la Corona - donde puede encontrarse cierta preocupación vinculada con la "habitación saludable" de la ciudad, el proyecto de creación del Hospital General de San Martín de Juan de Garay y su devenir, la inserción de expertos y otros hombres dedicados a la atención de la salud, y el desenvolvimiento de la vida comunitaria e institucional en la ciudad.

Quisiéramos recordar que en esta época la salud no fue considerada un derecho público que requiriese ser atendido desde el poder político, lo que puede sostenerse al observar, por ejemplo, que no existió ninguna determinación firme en la contratación de un experto para el cuidado de los pobladores. Una carta de Diego de Góngora datada en 1620 relataba que "(...) hay muchos enfermos pobres, indios y españoles, y no se pueden curar por no tener renta, médico, ni barbero."⁴ Otro documento que apoyaría este argumento es una de las leyes para los Reinos de Indias que determinaba, para los hospitales de Lima y México, sólo que "(...) los virreyes (...) y los oidores (...) vean la cura, servicio y hospitalidad que se hace a los enfermos, estado del edificio, dotación, limosna y forma de su distribución (...) y a los que mejor asistieron a su servicio favorecerán, para que les sea parte de premio (...)", aceptando el sostenimiento de los hospitales por la limosna - y en ocasiones los recursos proporcionados por los vecinos al Cabildo - y no con fondos de la Corona. Siguiendo a Federico Tobar, habrá que esperar al gobierno criollo para poder ver los primeros hospitales realmente sos-

⁴ Citado por Norberto Larroca, Susana Nahimias, Ángel Jankilevich. *Historia de los establecimientos asistenciales de la provincia de Buenos Aires (1580-1822)*, Buenos Aires, 1988.

tenidos por el poder político aquí, y no sólo basados en la caridad de las comunidades religiosas y benevolentes⁵.

Ciudad y salubridad

En 1614 Buenos Aires albergaba unos mil pobladores. Al comenzar el año 1700 ya eran unos ocho mil. Se ubicaban en unas veinte manzanas. El jesuita Antonio Sepp relató a fines del siglo XVII que “Las casas son de paja, o mejor dicho, cabañas de barro. Tienen un solo piso y apenas duran algo más de siete años (...) Las casas e iglesias no están aquí construídas de ladrillos, sino de barro, y sólo se alzan un piso.” La división de la manzana en cuatro solares derivó en general en “formas de organización semirrural de baja densidad y con trama abierta que incluían la huerta o quinta junto a la vivienda”, sin olvidar, al imaginar la perspectiva del conjunto, que “El emplazamiento de la ciudad de Buenos Aires cuenta con una característica peculiar de su paisaje natural en el hecho de posibilitar una doble percepción de lo infinito: en lo terrestre con la pampa y en lo acuático con el Río de la Plata.”

Obviamente no podemos referirnos a una consideración análoga a la actual sobre las condiciones sanitarias. Por ejemplo, de la Fuente Machaín indica que el agua usada hasta para beber era en principio la del río, “sin más precaución que la de dejarla un rato en las tinajas, donde se guardaba para asentar las basuras que traía en suspensión. Bastante tiempo después comenzaron los pozos caseros,

⁵ Aunque “una paulatina estatización de los hospitales (...) se da durante el directorio de Álvarez Thomas y bajo el comando de Bernardino Rivadavia que estableció el 11 de septiembre de 1815 un reglamento de hospitales expropiando los hospitales religiosos y comunitarios y estableciendo juntas hospitalarias. El segundo paso lo estableció con la Primera Ley de Arreglo de la Medicina en 1822. En la misma se establecen criterios para nombramiento de los médicos. Aparece entonces la figura del profesional contratado por el Estado, con cargos rentados y responsabilidades públicas. Bajo el gobierno de Urquiza el Hospital General de Hombres fue pasado a la esfera de la Municipalidad de Buenos Aires”. Ver Federico Tobar, *Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina*, en [http:// www.isalud.org / documentacion / Breve_historia . pdf](http://www.isalud.org/documentacion/Breve_historia.pdf).

de primera napa, (...) Más tarde con el empleo de las tejas, se introdujo el hábito de recoger en vasijas el agua llovida, lejanas precursoras de los aljibes. lujo de los siglos siguientes.”⁶

Sin embargo se registran normativas referentes a la construcción en la ciudad involucrando también su higiene y a la consideración de hábitos saludables y perjudiciales⁷. En 1590 se ordenó que veedores designados por el Cabildo vieran ver el diseño y planta de los edificios que se fuesen a construir; en 1627 que se colocasen piedras en las calles a una vara de la pared; en 1631 se construyeron veredas, y hay referencias a su reconstrucción en 1639 y en 1653; en 1638 se nombró un encargado de limpieza de las calles y en 1640 se determinó que el agua de las azoteas debía encauzarse “de suerte que no cayera en las veredas”⁸.

Existieron también Ordenanzas Reales promulgadas en 1664 (para los Reinos de Indias), relacionadas con la salubridad que comunicaban: “Que toda casa que estuviere en población en calle muy angosta, que por su altura no la bañe el sol, ni la combata el aire, no es sana para habitarla. Que [en] las piezas que sirven de dormitorio (...) no se arrimará la cabecera de la cama contra el tabique que corresponda a patio o calle, porque los ambientes los pasan y es muy enfermo y perjudicial para las cabezas. Que en los dormitorios de cuartos bajos no corresponda la pared de cabecera a alguna medianería, que tenga vecino o contiguo algún albañal, pozo, fuente, sumidero, ni arca de agua, porque esos vecinos no pueden prestar cosa buena. Que todo dormitorio bajo por donde pasare albañal, aunque por encima esté tapado por lozas o tablones, será muy en-

⁶ El uso de la madera en las construcciones originaba la caída de las tejas de los techos al cabo de pocos años, por pudrirse. Hay datos también de que a causa de muchos y grandes hormigueros (las hormigas eran una plaga), los cimientos y construcciones cedían: una solución fue poner piedra en los cimientos, material escaso aquí que era traído de la otra banda del Río de la Plata.

⁷ Guillermo Furlong, *Arquitectos argentinos durante la dominación hispánica*, Buenos Aires, 1946.

⁸ Ramón Gutiérrez, Buenos Aires. Evolución histórica. Bogotá, 1992.

fermo y prestará muchos achaques. Que todos los cuartos bajos para haberlos de habitar, ha de haber gran satisfacción de estar muy secos (...). Que todo el que labrare casa o la tuviere, que las aguas se recojan dentro de ella, procure disponer que todas surtan a la calle, y evite sumidero dentro de casa, porque sólo sirve de albergue a cuantas alimañas malas y perjudiciales sabandijas hay contrarias a la salud. Que todo género de habitación se necesita se abran las ventanas dos o tres veces al día, para que se purifique el ambiente y se espelan los vapores perjudiciales a la salud. Que no se habilite ninguna casa que, además de estar seca, no pase a lo menos seis meses, porque el mismo vapor del yeso causa algunos efectos en la salud...”⁹ También merece citarse una de las Leyes de Indias de 1573 referida a la consideración de la propagación de enfermedades: “para los enfermos de enfermedades contagiosas [pongan los hospitales] en lugares levantados, y partes que ningún viento dañoso, pasando por los hospitales, vaya a herir en las poblaciones.” Hemos encontrado una carta de 1621 que refiere la muerte de setecientas personas en veinte días debido a una “peste de viruela” comenzada en los buques negreros, debiéndose habilitar enterratorios fuera de la ciudad, por ser insuficientes los de las iglesias.

Finalmente señalaremos que no hay datos que indiquen que hubo una sistemática supervisión sobre el desempeño de los expertos o sobre las drogas que preparaban, encontrándose sólo referencias en torno a una demanda presentada por un cirujano y a una disposición de 1640 en la que el Cabildo requirió la presentación de documentación que diese cuenta del conocimiento de aquellos que curaban.

El Hospital de San Martín

En España ya se contaba con los denominados “Hospitales Reales” creados por la fusión de establecimientos menores, sobre todo a partir de la Reconquista: “Los grandes hospitales ya no eran de

⁹ Rodolfo Giunta, “La dimensión simbólica”, *UBA: encrucijadas. Revista de la Universidad de Buenos Aires*, N°37, Buenos Aires, mayo 2006.

comunidades, sino propiedad y obra pía del rey o del obispo, administrados por un funcionario de alto rango, generalmente poco interesado en la suerte de los desgraciados que llegaban a sus puertas [enfermos, ancianos, mendigos y soldados mutilados].”¹⁰ Las Leyes de Indias hicieron mención a la obligación de creación de los mismos por parte de virreyes, gobernadores y audiencias “para curar a pobres enfermos y ejercitar la caridad cristiana”¹¹. Sin embargo, en el actual territorio argentino los primeros hospitales no presentaron la configuración mencionada, sino más bien tuvieron un tamaño pequeño y quedaron a disposición de asambleas, concejos o cabildos.

En el proyecto original de Garay existió la construcción de un hospital en una manzana del llamado “barrio recio”, pero como la ubicación se consideró inconveniente se decidió su reubicación¹². En 1611 el Cabildo decidió que “por estar fuera de donde es el comercio y se han de pedir y recoger las limosnas, y dado que sería más conveniente y útil hacerlo y fundarle en el camino que va al Riachuelo de esta ciudad, donde esté más cerca del comercio y a causa de que aquél es el paso por donde entran en la ciudad la gente que viene por la mar que es de donde viene la mayor parte de los pobres enfermos, el hospital se edifique en ese lugar”¹³. Es decir, que aquello que señalamos como la característica “centrípeta” de la funcionalidad de Buenos Aires, debida a su traza, y la necesidad de la accesibilidad desde la costa de donde llegaban de ultramar la mayoría de los enfermos – contingentes de negros, introducidos por “contrabando”, que padecían las condiciones de los navíos negros, propicias para la propagación de muchas enfermedades - se constituyeron ambas en fundamentos para la decisión del traslado.¹⁴

¹⁰ Angel Jankilevich, *Hospital y Comunidad. De la Colonia a la Independencia y de la Constitución a la República Corporativa*, Buenos Aires, 1999.

¹¹ Así lo señala el texto de una de las Leyes para los Reinos de las Indias de 1541.

¹² Entre las actuales calles Reconquista, Corrientes, 25 de Mayo y Sarmiento; es trasladado a la actual esquina de Defensa y Méjico.

¹³ Citado por Jankilevich. *Hospital y Comunidad* ... cit.

¹⁴ El dueño del solar donde se reubicó el Hospital, no aceptó su venta ni permuta y lo dio en donación como “limosna y obra pía”.

El hospital se inauguró oficialmente en noviembre de ese año como “Hospital de San Martín y Hermita de Nuestra Señora de Copacabana”, con motivo del solemne traslado de la imagen de San Martín de Tours desde la Iglesia Mayor hasta el nuevo lugar¹⁵. El Cabildo ya había determinado que el edificio, una capilla y habitación de tierra apisonada y paja¹⁶ quedase bajo la justicia y el regimiento de la ciudad y que se designasen anualmente a dos regidores y un “mayordomo” para atender su funcionamiento. Los datos señalan que la presencia de “expertos” en el primer hospital no fue permanente, como tampoco lo fue la concurrencia de la comunidad; luego volveremos sobre esto.

En 1663 José Martínez de Salazar escribió al Rey solicitando para el hospital cuatro hermanos de San Juan de Dios: uno sacerdote (para la asistencia espiritual de los enfermos y administración), dos cirujanos y practicantes y uno enfermero, solicitando también cajas de medicinas y cirugía, y colchones, sábanas y mantas. Nuevamente podemos observar la preocupación por aclarar que los gastos no hubiesen sido perjudiciales para la Hacienda Real: llegó a proponer que los soldados curados dejaran la mitad del sueldo de cada día que pasasen en él. Sin obtener respuesta a lo solicitado, finalmente, en 1692, el gobernador de Robles, contando con el apoyo del Cabildo y del Obispo, decidió transformarlo en una Casa de Recogimiento. “La guerra por la sucesión del trono español, y el ascenso a la monarquía española de los Borbones volverían a llevar a primer plano (...) el temor de ataques por parte de Inglaterra y de Holanda y (...) de los portugueses (...) [se] fortaleció la guarnición de Buenos Aires (...) El monarca se apresuró a (...) restablecer el Hospital (...) La situación del Hospital continuó siendo extremo pe-

¹⁵ “Se producirá así en (...) el barroco [el] “sacralizar” el espacio público (...) [la] valoración del ámbito abierto, alentando las antiguas formas de ritualización y las formalidades procesionales(...)”. Ramón Gutiérrez, *Barroco Iberoamericano*, Barcelona, 1997.

¹⁶ Hay datos de que en 1642 quedó reducido a escombros por “una acción de la naturaleza [tormenta]”.

nosa y precaria, (...) El gobernador Bruno de Zavala (...) inicia las gestiones para que la hermandad hospitalaria de los Bethlemitas se hiciera cargo del Hospital de San Martín [en 1726].”¹⁷

La designación y la inserción de expertos en el área

Si bien en la expedición de Pedro de Mendoza se mencionó la presencia de médicos y cirujanos, Eliseo Cantón destaca que “Lo que llama la atención es que un fundador de pueblos como Garay, no hubiera traído algún licenciado, cirujano o sangrador¹⁸, cuando menos civil o religioso, ya que algunos misioneros ejercían la medicina con verdadero acierto (...) nació pues, la ciudad de Buenos Aires, sin tener médicos, boticario, ni cura, trinidad infaltable en todo pueblo de habla hispana...”¹⁹

La escasez de “titulados”, no fue sólo una situación de estas tierras. En Europa, si bien fueron más los diplomados fueron también muchos más los habitantes, lo que dio lugar a la coexistencia de curadores empíricos. “Si los médicos mencionados no eran diplomados, es innegable que todos fueron fervorosos herboristas (...) y como procedían ellos de diversos países (...) es más probable que cada uno aportó al Río de la Plata sus saberes farmacéuticos y que esos saberes y esas prácticas, aunada con la ciencia farmacéutica de los indígenas, que no era escasa, constituyó un conjunto de singulares alcances médicos.”²⁰

El primer experto mencionado es el cirujano Manuel Alvarez, portugués, que en 1605 pidió al Cabildo que se le fijase un estipendio, que resultó ser de cuatrocientos pesos pagados en “frutos de la tierra”, más lo correspondiente a medicinas y ungüentos. Se lo obli-

¹⁷ Larroca, Nahimias, Jankilevich, *Historia de los establecimientos ...cit.*

¹⁸ Desde la práctica hipocrática se suponía que la sangría facilitaba la eliminación de la materia morbosa.

¹⁹ Citado por Larroca, Nahimias, Jankilevich, *Historia de los establecimientos ...cit.*

²⁰ Guillermo Furlong, “Medicina y botica misionera”, presentado en el 3er. Congreso Nacional de Historia de la Medicina, publicado en *La Semana Médica*, 1972.

gó a atender a “españoles y naturales en esta ciudad, curar y sangrar a todos de las enfermedades que tuviesen y acudir a todo como debe y es obligado.”²¹ No tardó demasiado en querer dejar la ciudad y en reclamar los pagos, a lo que se le dio respuesta, a la vez que se le exigió que permaneciese en Buenos Aires. La falta de continuidad sobre datos del mismo llevan a inferir que no fue así²².

Se registra que Gerónimo de Miranda, barbero²³ portugués que ponía ventosas y sacaba muelas, recibió del Cabildo la suma de cuatrocientos pesos en 1607, derivados de una suscripción de vecinos, que aportaron de dos a veinte pesos cada uno, “por no haber otro (...) y estar a más de cien leguas la ciudad de donde se podría recurrir a otro oficial (...) y por ser tan en pro del bien y aumento de todos los vecinos y moradores de esta ciudad, (...) debe hacer conforme a su oficio de barbero, así a las personas como a toda su familia que se entiende sangrar, afeitar, echar ventosas y sacar muelas.”²⁴

En 1608 pidió vecindad Francisco Xixón, con título expedido por el Protomedicato de Madrid. Ya había ejercido en Potosí y se asentó en Buenos Aires ocupando cargos durante los años siguientes. Otro dato relevante es que en 1635 los cabildantes acordaron dar un sueldo de veinticuatro pesos mensuales a Gaspar de Acevedo, mayordomo del hospital y “enfermero que sangra, hecha ventosas y cura algunas veces de cirugía.”²⁵

²¹ Ricardo de la Fuente Machain, *Buenos Aires en el siglo XVII*, Buenos Aires, 1944.

²² Fue corriente, según los libros capitulares, el deseo de marcharse de los expertos, dado que Buenos Aires no alcanzaba a costear su mantenimiento.

²³ “En los países de Occidente, la cirugía, despreciada por los médicos, había caído en las manos de los barberos (...) Simples personas conocedoras las más de las veces de una sola operación (...); había una clase de barberos cirujanos que trabajaban bajo supervisión médica.” Desiderio Papp y Abel Agüero, *Breve historia de la medicina*, Buenos Aires, 1994.

²⁴ Jankilevich, *Hospital y Comunidad ... cit.*

²⁵ Según citas de Furlong, entre 1580 y 1680 pudieron contarse veinte médicos, diecisiete cirujanos, un veterinario y dos enfermeros. Citado por Larroca, Nahimias, Jankilevich, *Historia de los establecimientos...cit.*

Finalmente, si bien su presencia no fue tan fuerte en este período en la ciudad de Buenos Aires, se mencionan en las referencias a algunos jesuitas y a algunos indios formados por éstos, ocupados de la atención de la salud.

Imaginario y prácticas de los pobladores

Si bien la mayoría de los historiadores coinciden en suponer que las referencias a enfermedades son demasiado escasas, sólo mencionándose las heridas y muertes producidas por las caídas de caballo - introducido por los españoles - y epidemias de viruela, sarampión y "tabardillo" (fiebre tifoidea)²⁶, puede afirmarse que los pobladores no percibieron al hospital como una institución destinada a ellos. El hospital pareció haber sido considerado un lugar de segregación, de depósito de enfermos, inválidos y mendigos o para soldados heridos u otros ocupadores transitorios o relacionado con el poder colonial, poder que era percibido como severo y restrictivo en relación con el control del comercio y del contrabando por parte de la población general²⁷. Da cuenta de esto el obispo de Buenos Aires cuando escribió, a propósito de la transformación del hospital en beaterio, que "Los vecinos primero se dejarían morir en sus casas que ir a curarse en él aún con esperanza de sanar, pero Dios suple esta falta dando a las mujeres naturales caritativas y aplicadas a curar cualquier enfermo, aunque sea extraño, sin rehusar hospedarle y recogerle en su casa conforme a posible."²⁸

²⁶ Guillermo Furlong, "Medicina y botica misionera", presentado en el 3er. Congreso Nacional de Historia de la Medicina, publicado en *La Semana Médica*, 1972.

²⁷ Sin embargo tuvo su espacio en el imaginario de la comunidad: por la calle siguiente al Hospital, la actual calle Chile, corría un desagüe, formado por un zanjón llamado "del Hospital".

²⁸ Jankilevich. *Hospital y Comunidad* ... Nos atrevemos a suponer que un sentido de hospedaje, asistencia y ayuda mutua entre los miembros de la vecindad, diferenciado al que encontramos avanzada la urbanización moderna, y que funcionó como red asistencial de los enfermos probablemente reemplazó la escasa actuación del poder público en relación con la atención sanitaria.

Podemos sostener que, dado que muchas de las mujeres que acompañaron a Garay en este emprendimiento fueron mestizas o indias, es de suponer que trajeron con ellas conocimientos - hierbas, raíces, cortezas ²⁹ - y habilidades empíricas indígenas³⁰, por lo que los enfermos se curaron en sus propias viviendas. Entre las prácticas de la comunidad pudimos encontrar la mención al uso de grasa de lagarto para “dolores de coyunturas”, del “sebo de guacho negro” para descomposturas, del rocío recogido en noches de luna llena para la vista, las curas por imposición de manos y las oraciones escritas sobre un papel aplicado sobre las partes enfermas.³¹

Lamentablemente los estudios de arqueología urbana no han podido dar con elementos significativos del período estudiado, los cuales permitirían un mejor tratamiento y fundamentación de este eje. Lo sustancial de esta área, que pretende situar los restos materiales junto a los documentos escritos y gráficos para la interpretación del pasado, es que a través de los pequeños elementos se pueden pensar “formas de vida, niveles sociales y costumbres diarias de la gente (...) los que nunca fueron héroes o no figuran en los libros de historia normal.”³²

²⁹ “(...) eficaces medicaciones como la quina, la coca o el curare (...)” Papp, Agüero, *Breve historia* ... cit.

³⁰ “La nueva fundación (...) se realizó con “hijos de la tierra” americana (...) Su capacidad de relación con el medio natural y la sobrevivencia en condiciones límites aparecía como otro elemento dinamizador (...)” Gutiérrez, *Barroco* ... cit.

³¹ de la Fuente Machain, *Buenos Aires*... cit.

³² Daniel Schávelzon, “Ciudad Oculta”, *UBA: encrucijadas. Revista de la Universidad de Buenos Aires*, N°25, Buenos Aires, abril 2004.

A modo de conclusión

*O bien la historia es anécdota o bien busca comprender,
vincular, unir el pasado al presente,
para lograr una mejor aprehensión del futuro próximo,
el único sobre el cual podríamos tener
algunas posibilidades de acción.*

Pierre Chaunu

Historia Cuantitativa, Historia Serial

Mientras los datos expuestos permiten construir un andamiaje para asomarnos a la vida de los primeros cien años de la ciudad de Buenos Aires en relación con la salud de su comunidad, la selección de ciertos indicadores de difícil mensuración diseminados en el entramado social sugiere la posibilidad de visualizar múltiples espacios para realizar un abordaje que abarque la riqueza y la complejidad del tema seleccionado. A la vez quedan explicitadas también múltiples dimensiones para una intervención que extienda los resultados positivos de los avances en las disciplinas vinculadas y la modificación de mecanismos que entorpecen su desenvolvimiento hacia la adecuación del ideal de prevención y restitución de la salud de los habitantes. Nos ha llamado poderosamente la atención la dificultad de hallar en las fuentes consultadas consideraciones sobre las prácticas y los imaginarios sobre la salud y la enfermedad de los habitantes, dificultad que no podemos vincular sólo a la dificultad del acercamiento a fuentes. La no consideración de la reconstrucción del sentido de las normas, los espacios y la significación de los expertos por parte de los miembros que constituyeron el grueso de la población, derivaron, allá y aquí, en el fracaso del cumplimiento de objetivos declarados. En esta dirección resulta ejemplar la disposición de un espacio y de cierta organización del hospital y la no apropiación del mismo por parte de los ciudadanos de Buenos Aires. “Descreeamos de lo tecnocrático, en cuanto a protagonismo técnico absoluto, pero creemos en lo técnico, como vía de identificación y clarificación de problemas, y de proposición de alternativas

de solución. Descreemos de la existencia de un saber popular infalible, pero creemos que la participación de los destinatarios aporta seguridad a todo accionar; permite arribar a diagnósticos de mayor integralidad y certeza, así como plantear alternativas de solución de mayor viabilidad.”³³

Si para orientar la acción sólo se atiende a las asignaciones presupuestarias, los procedimientos de titulación, o la creación de normas y espacios físicos para la atención y el mejoramiento de la salud de la población, sin comprender las significaciones y expectativas ni comunicarse con todos los agentes involucrados, la posibilidad de una intervención eficaz encontrará limitaciones. Pasado el siglo XX podemos, lamentablemente, encontrar cierta analogía con lo sucedido en la fundación de la Ciudad de Buenos Aires: “Llamaremos ‘indemnizatorios’ a los hospitales monumentales, que no logran determinar a qué población atienden, ni los resultados que obtienen en términos de la mejoría de la calidad de vida de las personas que los toman como referencia para el cuidado de su salud. (...) y sólo atina a intentar contener una incesante procesión de enfermos, a los que considera marginales porque no toma en cuenta sus pertenencias comunitarias y geográficas y porque no promueve su capacidad para expresarse social y políticamente y decidir sobre los problemas que los aquejan.”³⁴

³³ Kullock, David, et al, *Planificación participativa*, Ediciones de Posgrado de la FADU-UBA, Bs. As., 1995.

³⁴ Jankilevich, *Hospital y comunidad...*