

Patrimonio Cultural Hospitalario



Lic. Celia Sipes
Compilación



Buenos Aires
Gobierno de la Ciudad

Temas de Patrimonio Cultural 21

Compilación: Lic. Celia Sipes

Responsable de edición: Lic. Leticia Maronese

Coordinación general y revisión de textos: Lic. María Virginia Amezttoy

Diseño gráfico: DG Marcelo Bukavec

Impreso en Argentina

Temas de patrimonio cultural Nº 21 : patrimonio cultural hospitalario.
1a ed. - Buenos Aires: Comisión para la Preservación del Patrimonio Cultural
de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2008.
240 p. ; 23x16 cm.

ISBN 978-987-23708-5-5

1. Patrimonio Histórico.
CDD 363.69

© Copyright 2008 by C.P.P.H.C.

Todos los derechos reservados

ISBN: 978-987-23708-5-5

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723

Este libro no puede reproducirse, total o parcialmente, por ningún método gráfico, electrónico, mecánico u oralmente, incluyendo los sistemas fotocopia, registro magnetofónico o de alimentación de datos, sin expreso consentimiento del autor.

Temas de Patrimonio Cultural 21

Patrimonio Cultural Hospitalario



Comisión para la
**PRESERVACIÓN
DEL PATRIMONIO
HISTÓRICO
CULTURAL**
de la Ciudad
de Buenos Aires

Patrimonio Cultural Hospitalario

Contenido:

Prólogo. Lic. Leticia Maronese.....9

Prólogo. Dr. Eduardo Fernández Rostello.....17

Capítulo 1

Patrimonio cultural hospitalario. Algunas experiencias latinoamericanas..... 21

La gestión del patrimonio cultural del sistema público de salud de Chile.

Dr. Patricio Hevia Rivas.....23

Identificación, preservación, valorización y divulgación del patrimonio cultural

de la salud. Dr Renato da Gama-Rosa Costa.....31

La Biblioteca Virtual de Salud de Argentina. Lic. Susana Catalina Ianello.....43

Capítulo 2

Cultura, arte y salud. Distintos abordajes.....49

Patrimonio de los Hospitales del Sistema de Salud Público de la Ciudad de Buenos Aires. Fundamentos desde la legislación actual. Antecedentes

y experiencias de intervención. Mus. Marcelo Pizarro.....51

<i>Cultura y salud. Una perspectiva antropológica.</i> Lic. Susana Margulies.....	63
<i>Restauración y puesta en valor de Capillas de Hospitales municipales</i> Arq. Yamile García. Ing. Pablo Diéguez.....	71
<i>Payasinopsis.</i> Dr. José Pellucchi.....	79
<i>Movimientos Artísticos. Arte y Salud.</i> Lic. Mariángeles Funes.....	87

Capítulo 3

<i>Gestión de museos en hospitales.</i>	95
<i>Museo Histórico Hospital Nacional de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas.</i> <i>Universidad Nacional de Córdoba. República Argentina.</i> Dra. Norma Cremades.....	97
<i>Museo Instituto Malbrán: Etapas de su creación.</i> Dra. Angélica Teyssié.....	105
<i>El Museo Histórico Hospital B. Rivadavia es el único en Latinoamérica</i> <i>que atesora y sintetiza su centenaria historia.</i> Dr. Rodio Raíces.....	109
<i>Movimiento cultural en la historia de la Asociación de Médicos Municipales</i> <i>(AMM).</i> Dra. Mirta Zachin.....	113

Capítulo 4

<i>Preservación del patrimonio hospitalario. Monumentos y archivos.</i>	121
<i>Elementos que contribuyeron a modificar la tipología arquitectónica de claustro</i> <i>en los hospitales mexicanos.</i> Arq. María Lilia G. Servin.....	123
<i>Patrimonio hospitalario de la ciudad de Puebla, México, en tiempos del Virreinato</i> <i>y sus iglesias como edificios anexos.</i> Maria Cristina Valerdi Nochebuena, Jorge Sosa Oliver, Edmundo Sotelo Mendiola, Tanya Jiménez Juárez, Misha Bautista Guzmán.....	139
<i>Recuperación de archivos fotográficos de los doctores Flavio Niño</i> <i>y Salvador Mazza.</i> Dra. Graciela Silvia Molina.....	151
<i>Urgente: Se necesita un Medico y “su medicina” para la Colonia y los campos.</i> <i>Proyecto Casa Museo Habenicht. Inicio de la obra Médica Adventista en</i> <i>Libertador San Martín (Puiggari – Entre Ríos). “Colina de la Esperanza”</i> <i>y sus alrededores.</i> Dr. Jaime Romero Monzón. Jessica Romero Egúez.....	153
<i>La primera transmisión de video médico en la Argentina.</i> Dr. Oscar Luis Novas.....	161

Capítulo 5

<i>Memoria(s) hospitalaria(s)</i>	165
--	-----

<i>El Museo de Sitio Hospital Nacional de Alienadas. Un retrato de la psiquiatría entre 1880 y el Centenario.</i> Lic. Leticia Maronese.....	167
--	-----

<i>¿Estamos todos locos?: hacia una arqueología de la locura en Buenos Aires</i> Arq. Daniel Schavelzon.....	179
---	-----

<i>El lazareto-hospital de la Boca del Riachuelo a fines del siglo XIX.</i> Prof. Celia Codeseira Del Castillo.....	189
--	-----

<i>El delito como objeto de la ciencia médica. Un recorrido a través de la utilización del discurso médico en la criminología argentina de fines del siglo XIX.</i> Lic. Mercedes González Bracco.....	199
---	-----

<i>Conferencia. Los museos hospitalarios y la valoración social del patrimonio cultural hospitalario.</i> Arq. Gustavo Brandariz.....	207
---	-----

<i>Algunas consideraciones sobre el futuro del patrimonio cultural de la Salud.</i> Lic. Celia Sipes.....	235
--	-----

Prólogo

Lic. Leticia Maronese

Las relaciones entre la cultura y la salud no son comúnmente abordadas, y menos aún las relativas al patrimonio cultural y la salud. Por eso, desde la Comisión para la Preservación del Patrimonio Histórico Cultural, tardamos en incorporarnos a la propuesta de nuestra entusiasta amiga Celia Sipes y por ese motivo, recién en el 2° Encuentro de Patrimonio Cultural Hospitalario conjugamos esfuerzos comunes con el Museo Histórico Hospital B. Rivadavia, lo que nos permite ahora “devolver” el trabajo realizado en forma de la publicación que integra la número 21 de la Colección Temas de Patrimonio Cultural.

Personalmente, y como se testifica en mi ponencia del capítulo 5 no he sido ajena a los contenidos simbólicos que despliegan las instituciones de salud, las dimensiones culturales que se recrean y la importancia que a veces tiene su patrimonio construido. Mi pasión por la historia y sobre la vida de las mujeres, no dejó de tener en cuenta el hecho de los 120 años que cumplía la reinstalación del Hospital de Mujeres en Palermo y las dos décadas que se cumplen de la creación de su Museo. Estos temas, planteados en los objetivos del Encuentro y, a pesar de que sugerimos temáticas de abordaje para las ponencias, las presentadas siguieron sus propios derroteros, influidas por el perfil profesional de cada expositor.

El encuentro contó con la participación de destacadas personalidades de América Latina. El relato de las experiencias de otros países fue altamente enriquecedor y en algunos casos marcó un camino a seguir en los desafíos que plantea la relación patrimonio cultural – salud.

En el Capítulo 1 encontramos el trabajo del Dr. Patricio Hevia Rivas. Jefe de la Unidad Patrimonio Cultural de la Salud de la República de Chile y conocimos un

esfuerzo pionero en abordar el patrimonio cultural del sector con un enfoque intersectorial, descentralizado y participativo. Su trabajo se ha especializado en reunir antecedentes históricos sobre el patrimonio a nivel nacional, trabajando en el rescate de edificios, mobiliario, instrumental, obras de arte, documentos y archivos. El Dr. Hevia Rivas ha creado la Red Nacional Patrimonial en Salud y firmado convenios con Brasil. Su objetivo fundamental es construir solidaria y colectivamente el patrimonio cultural como “la memoria del porvenir”.

Del Ministerio de la Salud del Brasil concurrieron Renato de la Gama y Rosa Costa que dieron cuenta de la creación de la Biblioteca Virtual de la Salud y de la constitución de la red latinoamericana de historia y patrimonio cultural de la salud, encabezada por el ministerio de salud de Brasil/Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz y el Ministerio de Salud de Chile. Allí se consideró el patrimonio cultural de la salud como *“un conjunto de bienes materiales y simbólicos socialmente construidos que expresan el proceso de la salud individual y colectiva en sus dimensiones científica, histórica y cultural”*.

Esta biblioteca también fue motivo de exposición de la Lic. Susana Ianelllo, que coordina la unidad de Gestión del Conocimiento de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en Argentina. Este proyecto, como era de esperarse, está en los actuales afanes de Celia Sipes y se está extendiendo a toda la región con más de 2000 instituciones y a través de portales nacionales, temáticos e institucionales.

Forma parte del capítulo 2 el imbricamiento entre cultura, historia, arte y salud. El museólogo Marcelo Pizarro brinda un recorrido histórico de la atención de la salud en Buenos Aires así como de las diversas concepciones ideológicas implícitas y las diversas estrategias de control político que se desarrollan en el campo de la salud. Resulta interesante también su aporte acerca de las normas legislativas que le dan andamiaje.

Susana Margulies nos brinda un panorama del Programa Antropología y Salud (Dpto. de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA). Desde una visión antropológica advierte sobre la confusión respecto del concepto esencializado de cultura que impide verla como una construcción social, como procesos elaborados históricamente y sujetos a remodelación. Desde el punto de vista del Programa mencionado, se intenta reforzar la capacidad y autonomía de las personas para responder con más eficacia frente a la enfermedad. También como un modo de poner en cuestión aquella lógica médico-institucional que presenta a los conjuntos sociales como sujetos que demandan, consumen, se adaptan o desvían de las pautas establecidas.

Yamile García y Pablo Diéguez presentan una ponencia que da cuenta del Programa de restauración y puesta en valor de capillas en hospitales del Gobierno de la Ciudad que llevó a cabo la Dirección General de Patrimonio, dependiente del Ministerio de Cultura porteño en las capillas del Hospital de Emergencias Torcuato de Alvear, en el Hospital Ramos Mejía y en el Braulio Moyano, neuropsiquiátrico de mujeres.

El eje artístico como herramienta en los tratamientos y el papel de los movimientos artísticos fue señalado por José Pellucchi, que es médico especialista en terapia intensiva, ecografista y psiquiatra, clown, actor y director de teatro. Es el director artístico de “Payamédicos”, institución artística que contribuye a la salud emocional de los pacientes hospitalizados por medios psicológicos y artísticos relacionados con juegos, música, teatro, clowns, magia y arte humorístico.

En el mismo sentido se inscribe el trabajo de la Lic. Mariángeles Funes, del Movimiento artístico Arte y Salud, cuyo trabajo tiene por objetivo rescatar, conservar y revalorizar las dimensiones artísticas recreadas en los ámbitos hospitalarios por terapias que utilizan un eje artístico como herramienta, quienes toman en consideración a los diversos actores sociales que intervienen en el proceso poniendo el énfasis en la importancia del contexto socio-cultural en la enfermedad, la curación y la rehabilitación. Trabajan con tratamientos holísticos, sistemas etnomédicos, arteterapia y lenguaje plástico, tendiendo fundamentalmente a las prácticas colectivas.

El capítulo 3 refiere a la gestión y el rol los museos hospitalarios, sus colecciones privadas, la construcción de archivos y la realización de guiones museológicos. Entre los trabajos que integran el capítulo el de la Dra. Norma Cremades, del Museo Histórico del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba, creado en 1995, y que cumple con los objetivos de un museo contemporáneo, esto es dedicado a la investigación cultural y educativa al servicio de la sociedad. Sus colecciones incluyen aparatos y objetos de épocas pasadas y presentes; el museo posee además una biblioteca y un centro de información y documentación especializado. El museo está estructurado como un centro de educación patrimonial, sus objetivos son dar a conocer la riqueza histórica de su patrimonio, realizar proyectos de investigación, exhibir muestras y concientizar sobre el valor del patrimonio para legarlo a las generaciones venideras. La autora desarrolla exhaustivamente todas las tareas de educación, difusión y formación que lleva a cabo el museo.

La Dra. Angélica Teyssié, Coordinadora de la comisión pro-museo del Instituto Malbrán realiza un recorrido histórico del Instituto y señala que la comisión tiene como funciones salvaguardar y poner en valor todo aquel material, inventariarlo y mostrar cuáles fueron sus utilidades en el ayer para reconocer la labor hecha por pioneros de la microbiología en el país. La propuesta es realizar un museo interactivo y participativo, con visitas guiadas en las cuales se jerarquice aquel pasado nacional y el aporte que significó para la sociedad y la comunidad científica el Instituto.

El trabajo del Dr. Rodio Raíces, fundador del Museo Histórico del Hospital Rivadavia, refiere la historia desde los comienzos de la fundación del Museo, que abrió sus puertas en 1987. Describe asimismo las colecciones de instrumental y fotografía y relata la historia del hospital y sus antecedentes, desde 1774 hasta su fundación en el barrio de Palermo, en 1887, anteriormente ubicado en el centro de la ciudad desde 1774, hasta que, en 1822 Bernardino Rivadavia, a la sazón ministro del gobierno del Gral. Rodríguez, lo provincializa.

Cierra el capítulo el relato del movimiento cultural realizado por la Asociación de Médicos Municipales; en el mismo la Dra. Mirta Zachim, su Secretaria de Cultura, se refiere a esta agrupación de 10.500 médicos que trabajan en los hospitales públicos de la Ciudad y que se ocupa, no sólo de la acción gremial, sino también de la capacitación profesional, de la actividad social y cultural y de la edición de publicaciones. Desde 1936, cuando se edita el primer número del diario *Mundo hospitalario*, la actividad cultural es incesante; en 1941 se inaugura el *Momento radial del mundo hospitalario*, en LS82 Radio Stentor. La Secretaría de Cultura se crea formalmente en 1959. Por otra parte, la Asociación colabora desde su fundación con el patrimonio cultural hospitalario preservando su patrimonio material e inmaterial.

El Capítulo 4 implica retos urbanísticos, culturales, medio ambientales y de preservación de documentos. La Arq. González Servin, en su referencia a los hospitales de la Ciudad de México, trata el tema de las enfermedades infecciosas en la población como indicador del nivel de pobreza, marginación y mortalidad de algunos grupos sociales. Además, el desarrollo de infraestructura hospitalaria también fue afectado por conflictos sociales a través del proceso histórico, por ejemplo con el arribo de los conquistadores españoles se agudizó la problemática de las enfermedades. Y dado que la atención médica se estableció paralelamente con la evangelización, se concibió la construcción de los espacios de curación a través de patios centrales conformando claustros. Durante el virreinato las enfermedades eran consideradas *castigos divinos*, por lo que los nosocomios se trocaron en asilos y los patios se proyectaron para jerarquizar ciertos ámbitos, especialmente la capilla. La autora recorre minuciosamente los cambios a través del tiempo siempre vinculando los procesos con el devenir histórico.

El equipo de la Facultad de Arquitectura de la Universidad Autónoma de Puebla se refiere a esta ciudad, declarada Ciudad Patrimonio en 1987 y que alberga grandes edificios hospitalarios de la época del virreinato, muchos dedicados a la fe católica para implantarla a partir de la conquista española. A través de un recorrido histórico los autores dan cuenta de que hoy el patrimonio hospitalario edificado no conserva el uso original y los edificios siguen funcionando como espacios que albergan colecciones museísticas visitadas por el turismo y considerados reservorios del patrimonio cultural. Los autores realizan además un pormenorizado detalle de las obras escultóricas, arquitectónicas y artísticas de cada lugar.

La Dra. Graciela Molina, afirma en su trabajo que la conservación preventiva de colecciones fotográficas y la intervención sobre ellas parten de premisas y conocimientos científicos, debiendo considerarse la visión global de la intervención en una colección, en lugar de realizar acciones aisladas que podrían desvirtuar las tareas de preservación y difusión de las imágenes. El trabajo refiere a lo realizado sobre los archivos fotográficos pertenecientes de los Museos Vicente A. Risolía y Houssay de Ciencia y tecnología, siendo los resultados más que alentadores, lo que estimula a consolidar en el tiempo varias líneas de investigación sobre el material en custodia.

El Dr. Jaime Romero Monzón y Jessica Romero Egüez son los autores del trabajo sobre el proyecto casa-museo del Dr. Habenicht y parten de la descripción de la Villa Colina de la Esperanza de Entre Ríos y de la propia historia del doctor. El lugar fue poblándose con colonos inmigrantes alemanes, italianos y suizos, siendo pocos los criollos que siguieron viviendo allí. La conformación de la villa se inicia en 1890, sólo existían allí casas muy humildes y ningún médico calificado, siendo el primero Roberto Habenicht, quien había llegado al país a principios del siglo XX. Atendía a toda hora, en la sala de su propia casa, hasta que en 1907 construyó otra casa para su familia y la suya se convirtió en lo que hoy es el Sanatorio Adventista del Plata, siendo Habenicht su primer director. Hoy la Villa tiene clubes deportivos dos centros de salud, aparte del Sanatorio, escuelas de nivel primario, secundario, terciario, la Universidad Adventista del Plata, con cuatro facultades, entre muchas otras instituciones. La casa-museo y sus colecciones conservan la memoria de toda esta historia a partir de la reivindicación de su patrimonio cultural, lo que médico revaloriza la identidad de la población.

El Dr. Oscar Novas realiza un interesante trabajo que consiste en el relato de la primera transmisión de video médico realizada en nuestro país durante el VII Congreso Internacional de Cirugía, realizado en 1959 en la Facultad de Medicina de la UBA y con sedes en los hoteles Plaza y Alvear, en las Facultades de Derecho, Odontología, Farmacia y Bioquímica y en el Hospital Rivadavia, donde tuvo lugar la primera transmisión de TV de una operación quirúrgica en vivo, en el país y América Latina. Al Congreso asistieron delegaciones de toda América y Europa. Dada la importancia del evento se transmitían dos noticieros radiales diarios por Radio Splendid, en cadena con 15 emisoras de la Argentina y con conexiones a Chile, Bolivia y Perú. El circuito cerrado de TV transmitió las intervenciones a televisores ubicados en varios en el mismo hospital, en el aula magna de la facultad de medicina y en el Plaza Hotel.

El capítulo 5 refiere a diversas dimensiones del patrimonio cultural hospitalario y al paradigma médico-hospitalario en la atención de la salud a través del tiempo.

Respecto al trabajo de mi autoría sobre el Hospital Braulio Moyano, la idea de que semeja un “museo de sitio” no sólo está anclada por la tangibilidad de su arquitectura, sino también por toda la puesta en escena que se hace de su historia, los elementos de la misma que se rescatan las leyendas que circulan en boca de algunos empleados. Pero dónde más se demuestra esta idea de rescate es en las visitas guiadas que realiza el personal del hospital, lo que muestran y su discurso. Las visitas guiadas comprenden el recorrido de tres sitios: el Pabellón Charcot, restos de una construcción que la gente del hospital asegura que corresponde a los “cuarteles de la Mazorca” y el Pabellón de Anatomía Patológica en el cual se encuentra el museo, la morgue y un anfiteatro. La deconstrucción del discurso oficial plantea interesantes conclusiones que hasta involucran la misma concepción del tratamiento de la locura que se practica.

El Arq. Daniel Schávelzon se refiere a los hallazgos que tuvieron lugar en 2005 en ocasión de las obras que se realizaron en la parte posterior del Centro de Salud Mental N° 3 Arturo Ameghino, Córdoba 3120. Al efectuarse las excavaciones apareció

una gran diversidad de objetos, entre ellos frascos, platos y otros artículos de loza y vidrio. Luego realiza una reseña del Pabellón Jacob del Hospital Moyano, encontrado en total estado de abandono y atiborrado de basura. Sintetiza diciendo que dos centros de salud mental, uno tratado a partir de la biología y la medicina y el otro desde la psicología social y el psicoanálisis, terminaron en parte destruidos, olvidados y *desaparecidos* como resultado de medio siglo de barbarie.

El trabajo de la Prof. Celia Codeseira del Castillo tiene por objetivo la recuperación del patrimonio histórico de una institución que ya no existe, el lazareto de la Boca. La autora hace un recorrido histórico a partir de 1880, particularmente de las políticas de inmigración y los problemas habitacionales generados por la escasez de lugar para vivir y las enfermedades ocasionadas por el hacinamiento provocado por dicha escasez (cólera, fiebre amarilla de 1871, entre otras epidemias). Pese a la expansión económica del período no se destinaban recursos suficientes a la sanitariedad, por lo que el Lazareto cumplió en la zona una gran función social durante la epidemia de cólera de 1886, y como hospital, instalado en un barrio como La Boca, con gran cantidad de inmigrantes de bajos o escasos recursos.

En su trabajo sobre el delito como objeto de la ciencia médica, Mercedes González Bracco investiga la utilización del discurso médico en la criminología de la Argentina de fines del siglo XIX. Señala que es necesario abandonar la idea ingenua de que es posible descubrir el pasado sólo a través de los documentos, ya que la historia no se recupera a través del documento, sino que se reconstruye, inscribiéndose en relaciones de poder y develándose como un producto de enfrentamientos. Como nueva detentadora del poder político, la burguesía, a principios del siglo XIX, necesitó un plan de gobernabilidad que le permitiera ejercer su dominio. Determinó entonces que toda acción opuesta a su poder constituía una acción criminal, lo que le permitió transformar a la subversión en delito. Se clasificó al proletariado como “clases laboriosas” (o aquellos adictos a la ideología burguesa) y “clases peligrosas” (o aquellos que se le oponen) en pos de separar a los delincuentes de los trabajadores. Buenos Aires había experimentado entre 1880 y 1920 un rápido proceso de crecimiento económico y demográfico: la inmigración aluvional transformó la composición de la ciudad, llevando la cantidad de habitantes de 180.000 en 1869 a 1.500.000 en 1914, de los cuales la mitad eran extranjeros.

La importancia que adquiere el espacio urbano para el proyecto de modernización hace necesario combatir aquellos comportamientos que atentaran contra el nuevo orden propuesto. La criminología se convierte en una ideología de la defensa social, y el individuo delincuente en portador en su cuerpo de caracteres patológicos y con una peligrosidad delictiva *a priori*.

El Arq. Gustavo Brandaris realiza un exhaustivo y pormenorizado relato de la historia de la medicina, desde la antigua Grecia hasta nuestros días, así como de los inicios del coleccionismo, en la Edad Media y el Renacimiento una acumulación abigarrada y sin orden visual geométrico de objetos valiosos pero sin clasificación conceptual;

explica los *gabinetes de curiosidades* para llegar al coleccionismo científico. El autor se refiere también al surgimiento de la museología, a la exhibición, a la catalogación y, fundamentalmente, del paso del coleccionismo al patrimonio cultural. Habla también de los museos como ámbito de investigación y del primer museo argentino surgido de una propuesta Bernardino Rivadavia en 1812 cuando propone la creación de un museo de ciencias naturales, al cual denomina Museo del País, y que es el origen del actual Museo Nacional de Ciencias Naturales Bernardino Rivadavia.

Para finalizar, Celia Sipes se refiere al inicio del Encuentro de patrimonio cultural hospitalario, nacido a partir de un análisis del contexto general, los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires enfrentando retos urbanísticos, culturales, funcionales, tecnológicos, administrativos y medio ambientales y, llegando a su centenario, volviéndose perentoria la necesidad de acciones de rescate, conservación y puesta en valor de objetos e historias que forman la herencia cultural de la vida hospitalaria. Rescata como resultado general del II Encuentro de Patrimonio Cultural Hospitalario, la difusión y socialización de diversas experiencias, proyectos y programas del patrimonio cultural en salud de la Argentina y países de Latinoamérica a través de la importante convocatoria nacional e internacional de expositores y público participante. Y pondera asimismo el logro de mayor visibilidad institucional frente a organizaciones pertenecientes al sistema del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y ante organizaciones internacionales reconocidas en el ambiente de la cultura y la salud.

Es nuestro deseo que la publicación de *Patrimonio Cultural Hospitalario* constituya un punto de partida en un tema no demasiado transitado como lo es el del patrimonio cultural en salud.

Prólogo

Dr. Eduardo Fernández Rostello ⁽¹⁾

La aparición del volumen Patrimonio Cultural Hospitalario, de la colección Temas de Patrimonio Cultural, editado por la Comisión para la Preservación del Patrimonio Histórico Cultural de la Ciudad de Buenos Aires, es un hecho por demás auspicioso.

Cuando el Dr. Daniel Gutiérrez, Presidente de la Comisión Museo Histórico Hospital Bernardino Rivadavia, propuso la idea de realizar el 2º Encuentro de Patrimonio Cultural Hospitalario, nos pareció un verdadero desafío para el Departamento de Docencia e Investigación del Hospital B. Rivadavia. Con recursos limitados, nuestro esfuerzo fue realizar el mejoramiento edilicio de las salas del Museo y del Aula Magna, concretando acciones muy esperadas y necesarias para minimizar el deterioro que estaba sufriendo nuestro patrimonio y para brindar más comodidad a los invitados a este Encuentro.

Desde 1987 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el tema de revalorización histórica y patrimonio cultural de la salud encontró el marco adecuado en el Museo Histórico Hospital Bernardino Rivadavia, dependiente del Hospital, cuyo fundador es el Dr. Rodio Raíces (incansable creador de caminos). Siendo el primer museo hospitalario de América Latina que intenta comunicar a las nuevas generaciones la historia de la vida hospitalaria desde sus comienzos, fomenta el interés y la comprensión de la historia en el campo de la medicina y en el avance de la ciencia.

1. Jefe del Departamento de Docencia e Investigación. Hospital Bernardino Rivadavia. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Pero desde el año 2004 estas líneas de acción se fortalecieron gracias al apoyo que brindaron las nuevas autoridades del establecimiento y del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital actuando como facilitadores de las nuevas actividades entre el Museo y el Ministerio de Cultura del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Podríamos decir que esta articulación progresiva entre los Ministerios de Cultura y de Salud del Gobierno de la Ciudad resultó importante para la difusión y socialización de los proyectos y programas que realizan en conjunto y que se visualizaron en el Encuentro.

En otros países de América Latina y del Caribe, con procesos semejantes y con diferentes grados de desarrollo, se verificó esta situación de compromiso y articulación entre los ministerios, demostrando un aumento en la capacidad de institucionalización del área de Historia y Patrimonio cultural en Salud. Entendiendo primeramente que el patrimonio cultural en salud es *“ el conjunto de bienes materiales y simbólicos socialmente contruidos que expresan el proceso de la salud individual y colectiva en sus dimensiones científica, histórica y cultural ”*². Es importante considerar el camino avanzado por los Ministerios de la Salud de Brasil centralizando sus acciones en el Museo de la Vida, la Casa de Oswaldo Cruz – Fundación Fiocruz y del Ministerio de la Salud de Chile creando la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud, dependiente de la Subsecretaría de Salud.

A partir del año 2000, la experiencia desde Chile en temas del patrimonio cultural de la salud fue de creciente responsabilidad y, en los últimos años, reconocida como objeto de atención pública en el ámbito específico del Ministerio de la Salud y, desde el año 2005, vienen desarrollando acciones en áreas como documentación, patrimonio arquitectónico, investigación histórica y difusión cultural, que afirman la historia y el patrimonio cultural como dimensiones relevantes de las políticas de salud en un contexto de reforma sectorial³. Esta propuesta se refleja en el Plan Estratégico de acción para el periodo 2006-2010 enfocado hacia el bicentenario.

Mientras que en Brasil, desde 1986, se ha conformado un Centro de investigación e información dedicado a la memoria y la historia de las ciencias biomédicas y de salud pública.⁴ Con la creación del Museo de la Vida, la casa de Oswaldo Cruz desarrolla actividades de divulgación en ciencia y promoción a la salud destacando un programa de posgrado en historia de las ciencias de la salud con cursos de maestría y doctorado.

Observando este contexto internacional, el 2º Encuentro de patrimonio cultural hospitalario creó el momento oportuno para reflexionar sobre la reconstrucción de los

2. Cuarta Reunión Regional de Bibliotecas Virtuales de Salud "Grupo de trabajo sobre historia y patrimonio cultural de la Salud. Términos de referencia" Salvador, Bahía, Brasil, Setiembre de 2005.

3. Proyecto de Cooperación técnica entre países: Brasil y Chile. Santiago de Chile. Diciembre de 2004.

4. Ídem.

procesos de conformación en el campo de la salud y su patrimonio cultural, permitió pensar sobre las implicancias de dicha relación y trabajó en sus talleres sobre la importancia de elaborar otras líneas de acción para continuar incentivando las dimensiones culturales ya creadas en el espacio hospitalario.

Finalmente, deseo expresar mi profundo agradecimiento por las palabras entusiastas del Dr. Luis Roberto Escoto durante el evento, en representación del Dr. José Antonio Pagés, Director de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud en Argentina, y mi especial gratitud a la Lic. Susana Ianello, Coordinadora del Centro de Gestión del Conocimiento OPS/OMS, quien con su ayuda institucional pudimos concretar la idea de compartir los objetivos del Encuentro con invitados extranjeros que nos mostraron otros caminos trazados en los países de América Latina y del Caribe. A la Lic. Leticia Maronese, Secretaria General de la Comisión para la Preservación del Patrimonio Histórico Cultural del Ministerio de Cultura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por hacer factible este evento aportando toda su experiencia en el tema.

Capítulo 1

Patrimonio cultural hospitalario.

Algunas experiencias latinoamericanas

La gestión del patrimonio cultural del sistema público de salud de Chile

Dr. Patricio Hevia Rivas ⁽¹⁾

Antecedentes

El proceso de *Reforma de la Salud en Chile* en su proyección al futuro requiere considerar los antecedentes históricos del desarrollo de la Salud Pública, junto con la revalorización de su Patrimonio Cultural construido a través de varias generaciones. A la vez, las autoridades de gobierno han señalado en reiteradas oportunidades la urgente necesidad de fortalecer la cultura en las instancias de servicio público.

El estado de salud del país y su desarrollo futuro forman un todo continuo con su pasado en un proceso inseparable para cuya debida comprensión y útil aprovechamiento es imprescindible velar por la conservación de las huellas, registros y bienes que dan cuenta de la evolución histórica de la salud y, especialmente, del papel que en ese proceso le ha correspondido al Ministerio de Salud como responsable de la salud pública del país.

El trabajo relacionado con el rescate y la recuperación de nuestro patrimonio natural y cultural no ha sido fácil. Hay muchas prioridades en la contingencia y escasos momentos abiertos a la reflexión de un pasado que tiene significado en el presente y perspectivas de proyección hacia el futuro.

1. Jefe Unidad Patrimonio Cultural de la Salud. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Académico Escuela de Salud Pública de Chile. Médico cirujano, Univ. De Chile, 1961. Licenciado en Salud Pública, Univ. De Chile, 1967. Diplomado en Bioética Clínica. Universidad de Chile, 2002. Docente y académico y autor de numerosos libros y revistas científicas, nacionales e internacionales.

Sus actividades preliminares - a nivel del Ministerio de Salud- comenzaron en septiembre del 2000, con la creación de una Comisión de Trabajo de carácter transitorio, constituido a nivel del Gabinete de la Ministra de Salud con el objetivo inicial de:

“Reunir antecedentes de carácter histórico sobre el patrimonio cultural que posee el Sistema Nacional de Servicios de Salud, en cuanto a sus establecimientos hospitalarios, obras pictóricas, documentos y archivos, todo lo cual constituye una muestra de la atención asistencial en el ámbito de la salud pública desde principios del siglo pasado”.

En enero de 2001, mediante Resolución Exenta 01 de la Ministra de Salud, se le otorgó a la Comisión el carácter de permanente, al considerar que teníamos que explorar esta dimensión a lo largo del país. Por tal motivo, en julio de 2001, se agregó una Secretaría Ejecutiva, mediante Resolución Exenta 1132.

Considerando la importancia del rescate patrimonial en salud, con fecha 20 de septiembre de 2002 el Ministro de Salud, mediante Resolución Exenta N° 801, creo la **Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud**, dependiente de la Subsecretaría de Salud, como *“una unidad especializada para la selección e interpretación de los antecedentes históricos, así como para la administración del patrimonio cultural de la salud con una visión de conjunto”.*

Estuvo en marcha blanca hasta su inauguración formal hace justo un año atrás. En efecto, el 8 de agosto de 2003 se inauguró oficialmente la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud, dependiente de la Subsecretaría de Salud. Sus oficinas están ubicadas en el Antiguo Hospital San José de Santiago, actualmente Monumento Nacional en la categoría de Monumento Histórico

Marco de referencia

La **historia de la Salud Pública** chilena tiene un valor trascendente para las futuras generaciones, en la medida que logremos recuperar y rescatar adecuadamente el riquísimo patrimonio cultural e intercultural que se ha ido construyendo a través de los años y por sucesivas generaciones.

Federico Mayor -ex Director General de UNESCO- ha expresado que *“el dilema que todas las naciones del planeta afrontan actualmente es el de la necesidad de preservar el pasado sin dejar de construir el futuro, de conciliar el desarrollo con la cultura”.* Asimismo, ha señalado que *“salvaguardar el pasado es importante sólo en la medida en que ese pasado contribuya a renovar el futuro”.*

En ese mismo sentido Miguel de Unamuno ha expresado que *“la memoria es la base de la personalidad individual, así como la tradición es la base de la personalidad colectiva de un pueblo... nuestra vida espiritual no es en el fondo sino el esfuerzo que*

hacemos para que nuestros recuerdos se perpetúen y se vuelvan esperanza, para que nuestro pasado se vuelva futuro". (Federico Mayor, El Patrimonio Cultural, Memoria del Porvenir, El Correo de la UNESCO, septiembre 1997, páginas 42-43).

La importancia de rescatar el patrimonio cultural reside en el hecho que está formado por los bienes culturales que la historia le ha legado a una nación y por aquellos que en el presente se crean y a los que la sociedad les otorga una especial importancia histórica, científica, simbólica o estética. Es, por consiguiente, la herencia recibida de los antepasados, que viene a ser el testimonio de su existencia, de su visión del mundo, de sus formas de vida y de su manera de ser.

El patrimonio cultural puede ser tanto tangible o material, como intangible o inmaterial. El **patrimonio cultural tangible** comprende objetos arqueológicos, históricos, artísticos, etnográficos, tecnológicos, religiosos, y aquellos de origen artesanal o folklórico que constituyen colecciones importantes para las ciencias, la historia del arte y la conservación de la diversidad cultural del país. Estos objetos se encuentran principalmente en museos, archivos y bibliotecas. También forman parte del patrimonio cultural tangible los lugares, edificaciones, conjuntos arquitectónicos, zonas típicas y monumentos de interés o valor relevante desde los puntos de vista arquitectónico, histórico, artístico o científico, reconocidos y registrados como tales. Estos bienes culturales inmuebles son obras o producciones humanas que no pueden ser trasladadas de un lugar a otro. Sólo una parte de este patrimonio goza de protección legal en Chile, mediante la aplicación de la legislación de Monumentos Nacionales (Decreto Ley N° 651 de 1925, y Ley N° 17.288 de 1970).

El **patrimonio cultural intangible**, en cambio, está constituido por aquella parte invisible que reside en el espíritu mismo de las culturas. Su noción coincide con la de la cultura, entendida en sentido amplio como el conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan una sociedad o un grupo social. Engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales del ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias. Está constituido, entre otros elementos, por la poesía, los ritos, los modos de vida, la medicina tradicional, la religiosidad popular y las tecnologías tradicionales.

En los primeros años del nuevo milenio podemos observar la generalización de una comprensión del concepto de patrimonio que pasa a contemplar la noción de patrimonio inmaterial, como componente esencial de la identidad cultural y, en este sentido, de las acciones destinadas a su protección, así como a la promoción de la interacción armoniosa entre las culturas. En los tiempos actuales de globalización, los factores de la uniformización cultural, conflictos armados, industrialización, éxodo rural, migraciones o degradaciones del medio ambiente, representan amenazas al mantenimiento de ese patrimonio que comprende las prácticas, representaciones, expresiones, memorias, conocimientos y técnicas que las comunidades, los grupos y, en algunos casos, los individuos reconocen como parte integrante de su propia historicidad, de su identidad.

Entretanto, aunque se generalicen tales comprensiones y que cultura, memoria e historia integren la búsqueda contemporánea por la identidad, solamente desempeñarán papeles transformadores en la medida que se tome la decisión de hacerlo por parte de los agentes sociales involucrados. Los desafíos colocados por este escenario a las acciones institucionales dedicadas a la cultura, a la memoria y a la historia son de gran complejidad, sobre todo porque pueden estar en juego su propio significado social.

En este marco de referencia consideramos al **Patrimonio Cultural Salud** como *un conjunto de bienes materiales y simbólicos socialmente construidos que expresan el proceso de la salud individual y colectiva en sus dimensiones científica, histórica y cultural.*

Trayectoria de la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud de Chile

La Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud, dependencia actual de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública, es la responsable legal de profundizar el área del patrimonio en salud, tangible e intangible, con un enfoque intersectorial, descentralizado y participativo.

Sus objetivos son:

- Coordinar desde la Subsecretaría de Salud Pública, la investigación, el cuidado, la conservación y la administración del patrimonio cultural de la salud.
- Abocarse a reunir antecedentes de carácter histórico sobre el patrimonio cultural del Sistema Nacional de Servicios de Salud, que contribuyan a rescatar los edificios, el instrumental clínico, mobiliario antiguo, obras pictóricas, documentos y archivos, como una muestra de la evolución de la asistencia médica y de salud pública en Chile.
- Proponer a las autoridades del Ministerio de Salud los lineamientos generales para la elaboración de una política pública sobre el patrimonio cultural de la salud y las normas correspondientes para la organización, administración y gestión de dicho patrimonio.

Sus áreas de trabajo corresponden a:

a) Documentación y archivo: importancia del catastro, inventario, preservación y conservación de documentos históricos de interés patrimonial, incluyendo la creación del Archivo Central del Sistema Nacional de Servicios de Salud y la Biblioteca Virtual en Salud en el área temática de Historia y Patrimonio Cultural de la Salud.

b) Patrimonio arquitectónico: situación de actuales monumentos nacionales en salud, mecanismos legales y procedimientos a seguir para solicitar la declaratoria de nuevos monumentos en el área de la salud.

c) Colecciones de objetos de valor patrimonial: existencia en niveles locales y regionales de colecciones de artículos clínicos, instrumentos, pinturas, fotografías y obras de valor patrimonial; y propuestas de museos de la salud que funcionen en forma coordinada, descentralizada e interactiva.

d) Investigación histórica: significado e importancia de iniciar estudios históricos sobre salud pública en coordinación con instituciones de salud y departamentos de historia de universidades; importancia de las historias orales; contribución de tesis y otros recursos humanos universitarios que pudieran colaborar.

e) Gestión cultural: gestión de imagen y producción sobre Patrimonio de Salud a través de un conjunto de herramientas y métodos que promuevan la participación ciudadana en el rescate y apropiación del valioso patrimonio cultural del SNSS.

f) Gestión de proyectos y estudios prospectivos: formulación, diseño y gestión de proyectos de intervención patrimonial para la salvaguarda del patrimonio cultural del SNSS; levantamiento de estudios sobre política pública y formulación de alianzas estratégicas con sectores públicos y privados, nacionales e internacionales, para la recuperación y puesta en valor del Patrimonio Cultural de la Salud Pública nacional.

g) Comunicación y difusión: reconocimiento del valor estratégico de la información y difusión local y regional; elaboración de material didáctico, folletería, crónicas en medios de comunicación, y publicaciones especializadas en patrimonio cultural de la salud.

Algunos logros significativos

- Creación y desarrollo de la Red Nacional Patrimonial en Salud, a partir de la realización en agosto de 2004 del Primer Encuentro de Responsables del Patrimonio Cultural del Sistema Nacional de Servicios de Salud, Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y Organismos Autónomos del Ministerio de Salud (MINSAL) y la firma del *Acta de Compromiso Patrimonial en Salud*.

- Fortalecimiento de alianzas estratégicas a nivel intra e intersectorial en historia y patrimonio cultural de la salud.

- Aprobación y desarrollo del proyecto de Cooperación Técnica entre Países Brasil – Chile para el Fortalecimiento del Patrimonio Cultural de la Salud, con participación de la Casa de Oswaldo Cruz de FIOCRUZ, los Ministerios de Salud de Brasil y Chile y OPS / OMS” 2005 – 2006.

- Marco de referencia y propuesta latinoamericana para el diseño y puesta en ejecución de la Biblioteca Virtual en Salud en el área temática de Historia y Patrimonio

Cultural en Salud, fortaleciendo asimismo la coordinación entre la Unidad de Patrimonio Cultural y el Centro de Documentación del MINSAL (actual Biblioteca de Salud).

- Adquisición del software SURDOC para iniciar el catastro descentralizado de las colecciones de objetos de valor patrimonial en establecimientos del Sistema Público de Salud.

- Convenio de Cooperación del MINSAL con la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos (DIBAM) del Ministerio de Educación, para la creación del Archivo Central del Sistema Nacional de Servicios de Salud, en el Antiguo Hospital San José de Santiago, en coordinación con el Archivo Nacional de la DIBAM.

- Convenio de Cooperación del MINSAL con el Consejo de Monumentos Nacionales (CMN) para fortalecer la participación del sector salud en los procesos de declaratorias de monumentos nacionales del país.

- Iniciación de investigaciones históricas relacionadas con el patrimonio nacional de la salud pública, con publicación de cinco trabajos referentes a la institucionalidad sanitaria chilena.

- Propuestas de capacitación de recursos humanos requeridos para la conservación y mejoramiento del valioso patrimonio del Sistema Nacional de Salud.

- Celebraciones del Día del Patrimonio Cultural de Chile (mayo de cada año a partir de 2000), con instauración del ***Día del Patrimonio Cultural de la Salud*** a conmemorarse anualmente desde el último domingo de mayo de 2008.

- Inicio de una serie de publicaciones para la difusión del patrimonio tangible e intangible en salud, empezando por el periódico “Muros Blancos” con cuatro ediciones al año.

Desafíos al Bicentenario 2010

En el año 2003, al iniciar su funcionamiento la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud, nos planteamos -entre otros- algunos de los siguientes desafíos a corto y mediano plazos en el horizonte del próximo Bicentenario 2010:

- Incremento y consolidación de la coordinación intersectorial e intrainstitucional para rescatar y poner en valor nuestro rico patrimonio cultural tangible e intangible.

- Búsqueda de nuevos usos de los actuales y futuros monumentos nacionales en el área de la salud, incorporando el arte, la cultura y la salud.

- Recuperación del patrimonio histórico de la salud con investigaciones que utilicen fuentes orales y documentales.
- Incorporación del enfoque de la interculturalidad en el rescate del patrimonio en salud.
- Creación y desarrollo de una red nacional de responsables del patrimonio cultural de la salud.

El desafío del rescate de la memoria histórica y de la defensa del patrimonio cultural de la salud tiene plena vigencia en los países de la Región de las Américas. Es importante mencionar que en septiembre de 2005 se realizó la Cuarta Reunión Regional de Bibliotecas Virtuales en Salud (BVS) de Latinoamérica y el Caribe, en Salvador, Bahía, Brasil, aprobándose por unanimidad una propuesta presentada por la Casa de Oswaldo Cruz, de FIOCRUZ/ Ministerio de Salud de Brasil, y por la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud del Ministerio de Salud de Chile, para la creación de una Biblioteca Virtual en Historia y Patrimonio Cultural de la Salud a nivel latinoamericano y del Caribe.

Hemos empezado a dar los primeros pasos para contribuir a recuperar nuestra memoria, historia, identidad y cultura en salud. Nos queda mucho por avanzar. Empezamos desde un antiguo hospital declarado Monumento Nacional, nos fuimos ampliando al ámbito nacional y ahora nos encontramos con un gran desafío a nivel latinoamericano y del Caribe: construir la Red Latinoamericana requerida para la creación y desarrollo de la Biblioteca Virtual en Salud en el área temática de la Historia y el Patrimonio Cultural de la Salud, mirando hacia el Bicentenario 2010.

Ello implica incorporar las distintas dimensiones del patrimonio científico, cultural e histórico de salud integrando un espacio público, de acceso abierto y disponible permanentemente para la comunidad nacional e internacional. Una cartografía de este patrimonio puede aún contemplar y construir sensibilidad en cuanto al valor e importancia de las colecciones científicas como parte del patrimonio natural de un país y del planeta y, sobre todo, como elemento de la cultura científica, en la senda de la tradición inaugurada por los museos de historia natural en el siglo XIX. Ellas adquieren sentidos de actualidad y valor estratégico, en la medida que constituyen provisiones de informaciones indispensables para la producción del conocimiento científico original. Su accesibilidad y usos son indispensables para su preservación a medida que posibilitan aumentar el reconocimiento acerca de su importancia. Una sociedad preserva aquello que se reviste de valor y esto depende de sus usos sociales.

La gran diversidad de actores institucionales y sociales de la salud puede y debe ser comprendida en una perspectiva ampliada de patrimonio, con tradiciones culturales, prácticas y valores simbólicos, elementos en definitiva de experiencias colectivas y vivencias personales de inestimable valor para sus personajes, muchos de los cuales

interesados en fortalecer, valorizar y difundir este vasto acervo de la salud, enriquecido y renovado por las nuevas mediaciones que hoy se procesan entre ciencia, salud y sociedad.

Los resultados alcanzados vienen proporcionando una alteración cualitativa de la percepción de los varios agentes institucionales acerca de la memoria social y de los procesos históricos en ciencia y salud, así como de la divulgación y educación en ciencia y salud como partes integrantes de políticas públicas consistentes para el sector, elemento fundamental para la comprensión del proceso histórico y para la construcción y fortalecimiento de las identidades colectivas de los agentes sociales. Como ya señalamos, una de las nuevas tareas es promover lazos de conectividad entre los agentes e instituciones en el campo de la memoria y de la historia de la salud. Se pretende apuntar hacia una actitud proactiva que estimule acciones integradas y cooperativas de agencias públicas e instituciones privadas con trayectorias consolidadas y en fase de consolidación, así como a fuentes de inversiones en investigación y formación de competencias en los campos de la historia y de la memoria de la salud, fomentando capacidades y compartiendo el saber.

De nosotros depende construir solidaria y colectivamente el patrimonio cultural como “*la memoria del porvenir*”. Es una tarea difícil, pero atractiva, así como larga, pero posible de su visualización en el corto plazo.

Identificación, preservación, valorización y divulgación del Patrimonio Cultural de la Salud⁽¹⁾

Renato de la Gama-Rosa Costa⁽²⁾

En 2005 aconteció en la ciudad de Salvador, Bahía, la 4ª Reunión de Coordinación Regional de la Biblioteca Virtual de Salud y el 7º Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud (CRICS), donde se reunió el GT Historia y Patrimonio Cultural de la Salud. En esa ocasión fue firmado el Despacho de Constitución de la red Latino-Americana de Historia y Patrimonio Cultural de la Salud, capitaneada por el Ministerio de la Salud del Brasil/Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz y el Ministerio de la Salud del Chile/Unidad del Patrimonio Cultural de la Salud, que prevé como uno de sus resultados el desarrollo en el ámbito de la red BVS-Bireme/OPAS de una Biblioteca Virtual temática de Historia y Patrimonio Cultural de la Salud.

Podemos entender este evento como un marco en la discusión sobre historia, memoria y Patrimonio de la Salud en el Brasil, donde se consideró “*el Patrimonio Cultural de la Salud como un conjunto de bienes materiales y simbólicos socialmente contruidos, que expresan el proceso de la Salud individual y colectiva en las sus dimensiones científica, histórica y cultural*”⁽³⁾.

1. Arquitecto y urbanista. Coordinador de la red Brasil de Patrimonio Cultural de la Salud y del Núcleo de Estudios de Arquitectura y Urbanismo en Salud. Departamento de Patrimonio Histórico de la Casa de Oswaldo Cruz. Fundación Oswaldo Cruz. Ministerio de la Salud del Brasil.

2. Este texto usa como fuente dos textos – *150 años de historia de la Salud en Rio de Janeiro: su Patrimonio arquitectónico y Patrimonio Cultural de la Salud: red Brasil* – producidos por un equipo multidisciplinario de la Casa de Oswaldo Cruz, compuesto por Nara Azevedo, Paulo Elian, Gisele Sanglard, Renato de la Gama-Rosa Costa, Ângela Porto y Rachel Fróes de la Fonseca.

3. Historia y Patrimonio Cultural de la Salud. Constitución de la red latinoamericana de Historia y Patrimonio Cultural de la Salud. Este documento fue originalmente elaborado y presentado como Referencia por el Ministerio de la Salud del Brasil / Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz y Ministerio de la Salud del Chile / Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud, para orientar las discusiones del Grupo de Trabajo Historia y Patrimonio Cultural de la Salud, reunido durante la 4ª. Reunión de Coordinación Regional de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) / 7º. Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud (CRICS), en la ciudad de Salvador (BA). 2005: 4-6. Este texto fue publicado en español para los Anales Chilenos de Historia de la Medicina. 2006; 16: 237-242, como *Historia y Patrimonio cultural de salud: propuesta para la creación de una biblioteca virtual latinoamericana*.

De hecho, después de este encuentro tuvieron inicio, en 2007, algunas acciones de relevamiento del patrimonio relacionado con la salud. El primer paso fue el vinculado con las instituciones y sus edificios con asiento en la ciudad del Rio de Janeiro, comprendiendo el período de 1808 a 1958. En este último año fue establecida la red Brasil de Historia y Patrimonio Cultural de la Salud, coordinada por la Casa de Oswaldo Cruz, reuniendo equipos de seis capitales brasileñas y utilizándose la misma metodología aplicada a la ciudad de Rio en las ciudades de São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Salvador, Florianópolis y Goiania. La elección de esas ciudades se hizo en función del conocimiento de algunas instituciones y de los investigadores del tema, tratando, en la medida del posible, de abarcar la mayor área posible del extenso territorio brasileño.

Introducción

Durante el siglo XX surge con fuerza el tema de identificación del patrimonio y su preservación, esto a partir del trabajo del historiador francés Pierre Nora (1989) – *Les lieux de mémoire*, donde se llamaba la atención para esos “lugares” simbólicos o concretos – que daban identidad a un grupo. Muchos de esos “lugares de memoria” ya eran ampliamente reconocidos -como un monumento, un archivo- y se encuentran preservados/protegidos por las instancias competentes; otros deberían tener su valor recuperado a través de declaraciones y del reconocimiento del grupo al cual estaba vinculado. Solamente con el reconocimiento del grupo – manzana, barrio, ciudad – es que se definirían las acciones de patrimonio en la escala del lugar, y se buscaría su preservación definitiva a través del proceso de protección.

Movimientos mundiales vienen mostrando la importancia de estas acciones en la salvaguarda de los bienes, sobre todo hospitales y sanatorios. Vale recordar que en Holanda la eminencia de la destrucción del sanatorio de Zonnestraal estimuló la creación del Docomomo Internacional⁽⁴⁾. En Francia, un movimiento reciente procura agregar valor patrimonial a las edificaciones sanatorias, construidas principalmente en el período entre guerras, objetivando su preservación. Este país, que ya cuenta con un gran inventario de sus espacios de cura, señala la dificultad de estas acciones para los sanatorios construidos en el período antedicho. Entre diversos factores, se cita primero su localización apartada de los centros urbanos –lo que entonces era positivo se convirtió en una traba- y se alude a la peculiaridad de sus dimensiones, perjudicial para su adaptación a otros usos; por fin, se asocian estos sanatorios como un “fracaso” terapéutico desde la visión de los médicos⁽⁵⁾.

En Chile, los temas del Patrimonio cultural de la Salud fueron en los últimos años reconocidos como objetos de atención pública, en el ámbito específico del Ministerio de la Salud, justamente a partir de la movilización por parte de la población

4. Docomomo Journal n. 27. June, 2002.

5. Cremnitzer, Jean-Bernard. *Architecture et Santé. Les temps du sanatori un en France et Europe*. Éditions A. et J. Picard, 2005.

de una ciudad ante la destrucción de un hospital. Esta experiencia puso en evidencia la necesidad de llevar a cabo acciones de preservación de estos espacios, intentando la creación de la red latinoamericana en la cual estamos insertos. En la India también se lucha para preservar el último sanatorio de tipo solarium que queda⁶. Finalmente, una de las acciones puntuales, iniciada por arquitectos e historiadores del arte, sería reparar la ausencia de estos edificios de las listas de obras de arte del movimiento moderno iniciando así un proceso de recuperación y valorización de este acervo.

Ese movimiento debe buscar su repercusión en el Brasil, que no considera a los edificios construidos para la salud como pasibles de preservación. Pocos son aquellos que vienen siendo preservados por su valor histórico y/o arquitectónico, como el caso de las Santas Casas de la Misericordia y del Núcleo Histórico de la Fiocruz. Por otro lado, no hay ningún instrumento que permita, tanto al estudioso cuanto al lego, recuperar la historia de la salud en el país a través de sus monumentos. El instrumento que propongo permite tanto el conocimiento de la historia, a través del relevamiento de edificios e instituciones ligados a la salud, cuanto la apertura de posibilidades de estudio al identificar su acervo archivístico y museográfico.

En el Brasil, se percibe “reflejos de ese movimiento a partir de acciones individuales y discontinuas, llevadas a cabo muchas veces por particulares y de actuación local. La creación de diversos museos privados en el interior y el uso indiscriminado de la expresión “rescate de la memoria”, para referirse a la preservación de la memoria colectiva, son los puntos más visibles de ese proceso.

Principios y objetivos de la Red

Según los términos de constitución de la red latinoamericana, ella estará orientada por los siguientes principios y objetivos generales:

- Contribuir a la formulación e implementación de políticas de identificación, recuperación, conservación y valorización y del Patrimonio Cultural de la Salud;
- promover la cooperación científico-técnica en el ámbito de programas, proyectos y actividades volcados a la identificación, la recuperación, la conservación, la valorización y la integración del Patrimonio Cultural de la Salud;
- estimular la aproximación entre las instituciones públicas y privadas detentadoras y/o custodias de registros y bienes constitutivos del Patrimonio Cultural de la Salud;
- establecer acciones comunes que garanticen la optimización y racionalización de recursos financieros, humanos y materiales;
- compartir informaciones y documentación técnica relacionadas con acciones y temas de interés común;

6. Conforme al reportaje de Miki Desai publicado en el *DOCOMOMO Journal* N° 35, septiembre de 2006.

- tornar visible y poner a disposición del sector Salud un conjunto de competencias institucionales establecidas en las áreas de identificación, recuperación, conservación, valorización y difusión del Patrimonio Cultural de la Salud;
- establecer formas de aproximación con acciones de desarrollo en los países de América Latina y Caribe, como también en países africanos y asiáticos de lengua portuguesa y española y países ibéricos;
- garantizar mecanismos de evaluación de los servicios y productos generados por parte de los usuarios, como forma de perfeccionamiento y sustentabilidad de la Biblioteca Virtual de Historia y Patrimonio Cultural de la Salud;
- estimular formas de capacitación de profesionales para el desempeño de las actividades científico-técnicas volcadas hacia la identificación, recuperación, conservación, valorización, y difusión del Patrimonio Cultural de la Salud;
- definir e implementar acciones para la captación de recursos que posibiliten la sustentación de iniciativas de desarrollo y garanticen la apertura de nuevas líneas de acción;
- estimular el desarrollo y la disponibilidad de metodologías y tecnologías que puedan constituir un “Banco de Recursos Tecnológicos” disponible para todos los integrantes de la red, así como la adecuación y uso integrado de instrumentos metodológicos de recuperación y tratamiento de la información;
- garantizar la constitución de bases sólidas de fuentes de informaciones, como condición indispensable para la producción académica en los campos de las ciencias sociales y humanas en Salud y para el desarrollo científico y cultural;
- promover la investigación para la búsqueda del conocimiento histórico sobre la salud y las Ciencias de la Salud, así como la apropiación y actualización para la sociedad de las referencias culturales de la salud, como modos de realización social de las inversiones en la preservación del Patrimonio cultural de la Salud.
- garantizar líneas de financiamiento que viabilicen la sustentación de acciones volcadas al Patrimonio Cultural de la Salud;
- garantizar formas de capacitación de profesionales en la metodología y tecnología BIREME para el desarrollo de bibliotecas virtuales de Salud.

Metodología

Para el desarrollo de la red brasileña son necesarios algunos pasos: el primero de ellos es la constitución de una red de investigadores en el ámbito nacional, involucrados con el estudio de la historia de la salud en el Brasil y de arquitectos comprometidos con la preservación de los edificios vinculados a la salud en el país –sintetizando el binomio persona / institución-. Los investigadores tendrán el papel de multiplicadores de la acción en sus estados o regiones de los que se harán responsables. Serán también los encargados de centralizar los datos recolectados para la institución responsable por la gestión de la red y por la manutención de la Biblioteca Virtual, en el objetivo final, o de la base de datos en un primer momento.

Como proyecto-piloto estamos llevando a cabo investigaciones e inventarios acerca de las construcciones hospitalarias de la Ciudad de Rio de Janeiro, construidas entre 1808 y 1958. Como puntos principales a relevarse y que compondrán el estudio se interrogará a todos los soportes que componen el Patrimonio Cultural de la Salud respecto a tipo de documento; título del documento / monumento; localización / dirección; año y nombre del propietario (gubernamental o privado); autor / constructor / ejecutor; histórico (texto informativo); acervo, imágenes y / o plantas disponibles, tratados o no, condiciones de acceso y observaciones en general. En el caso de patrimonio edificado, se agrega denominación y / o categoría (ejemplo: institución, academia, hospital, sanatorio); época de construcción (siglo y período histórico) y data de protección, si la hubiere (ejemplo: 1970 por el IPHAN; 1980, por el INEPAC). Finalmente, para el caso de acervo archivístico y museográfico se agregará información acerca de la técnica y del material; de la dimensión; del lugar de conservación (museo / institución); status jurídico (propietario, forma de adquisición); y data de adquisición.

El segundo paso es el desarrollo de la Biblioteca Virtual que dará acceso y albergará el relevamiento realizado en todo el país. El formato de la Biblioteca Virtual estará en consonancia con las normas de la BIREME y abarcará todos los campos reportados por los investigadores.

Proyecto-piloto. Historia de la salud en Rio de Janeiro: instituciones y patrimonio arquitectónico. 1808-1958

Rio de Janeiro fue, y aún es, la sede de muchas instituciones asistenciales, gubernamentales, de investigaciones, de enseñanza, asociaciones profesionales y sociedades científicas que marcaron ejemplarmente la historia de la ciencia y de la salud en el país. Desde los últimos años del siglo XVIII Rio de Janeiro fue escenario de acciones significativas en el campo científico, destacándose la creación de las primeras instituciones de enseñanza médica y el surgimiento de importantes sociedades de medicina. Su expresión en el campo médico y cultural brasileño, desde su posición de capital del Imperio, se evidenció en la creación de instancias públicas de salud, de instituciones científicas, de periódicos especializados y de los primeros congresos médicos. En la ciudad del Rio de Janeiro se instalaron instituciones como el Hospital General de la Santa Casa de la Misericordia, el Hospital Real Militar y Ultramar, el Hospital de los Lázaros, el Instituto Municipal de Vacunas, el Instituto Pasteur, el Laboratorio Municipal de Análisis, el Instituto Soroterápico Federal, el Conjunto Sanatorial de Curicica, la Escuela de Enfermería Anna Nery, la Escuela Anatómica, Quirúrgica y Médica y la sociedad de Medicina y Cirugía. Estas instituciones, algunas con diversas sedes a lo largo del tiempo, tuvieron sus instalaciones preservadas o parcialmente preservadas; así, propusimos un paseo por la Historia de la Salud en Rio de Janeiro.

Objetivos del proyecto-piloto

El libro pretende reconstituir, a partir de la arquitectura hospitalaria, la historia de la salud en el municipio de Rio de Janeiro al largo de 150 años. En esta propuesta pretendemos evidenciar el patrimonio de los edificios e instituciones de salud que, aunque integren nuestra cotidianeidad, no tienen aún el debido reconocimiento y, en otros casos, que por haber tenido su uso inicial alterado, los edificios perdieron su identidad.

En esta perspectiva serán contempladas diversas categorías representativas del patrimonio de la salud en Rio de Janeiro: establecimientos médicos, hospitales, centros hospitalarios, lazaretos, leproserías, sociedades filantrópicas y para deficientes físicos, institutos de investigación, laboratorios, instituciones de enseñanza médica, establecimientos terapéuticos, instituciones públicas, asociaciones y academias médico-científicas.

A tal efecto consideraremos el período comprendido entre 1808 y 1958. 1808 remite a la llegada de la familia real portuguesa y al contexto de las transformaciones que se sucedieron, por ejemplo que se convirtió en centro administrativo del Reino y se implementaron importantes medidas administrativas, económicas y culturales, de impacto sobre el desarrollo de la medicina en el país, como la creación de las primeras instituciones de enseñanza médico-quirúrgica establecidas en las ciudades de Salvador y Rio de Janeiro, la Escuela Quirúrgica, en Salvador y la Escuela Anatómica, Quirúrgica y Médica en Rio de Janeiro, todas creadas en 1808 y destinadas a la formación pública, imperativo de aquel momento.

El período final, la década de 1950, indica tanto la consolidación de la tipología del bloque en la arquitectura hospitalaria, como también marca el momento en que un profesional, el arquitecto, pasa a asumir enteramente el proyecto de un hospital. Vale recordar que, hasta la década de 1940, los médicos aún tenían mucho control del proyecto y eran los ingenieros sanitarios los responsables por los proyectos. La arquitectura moderna utiliza el programa hospitalario como forma de ejercitar el máximo de capacidad de articulación de usos complejos de conocimiento científico en una construcción civil. La elaboración de un proyecto hospitalario, siempre dependiente de un equipo multidisciplinario, compuesto por médicos y especialistas de diversas áreas, pasa a tener en el arquitecto el responsable de coordinar todo el proceso, por ser el único capaz de superar los límites de la visión particularizada de cada uno de los profesionales involucrados; los proyectos asumen a partir de entonces una estandarización tanto por su tipo cuanto respecto a su forma arquitectónica.

Con referencia a las cuestiones específicas de la arquitectura hospitalaria, la década de 1950 representó también un marco en términos del desarrollo institucional en los campos de la medicina y de la salud pública en Brasil, con la creación, en 1953, del Ministerio de la Salud, algo esperado por los médicos desde el inicio de aquel siglo.

Etapas de ejecución del proyecto-piloto

- Identificación de las principales instituciones y sus respectivos edificios preservados y relevantes para la historia de la salud en Rio de Janeiro.

- Recolección de datos en los principales archivos y bibliotecas mantenedores de acervos referenciales, como la Biblioteca Nacional, el Archivo Nacional, el Archivo General de la ciudad de Rio de Janeiro, el CPDOC/FGV, la Academia Nacional de Medicina, la Fiocruz, además de los acervos privados, como la Santa Casa de la Misericordia de Rio de Janeiro, la Sociedad de Medicina y Cirugía de Rio de Janeiro y otros.

En esas instituciones serán recolectados datos (históricos y arquitectónicos) sobre las instituciones y edificios seleccionados, y también serán elegidas y reproducidas las imágenes para la composición de los textos informativos.

- Sistematización de los datos en el estándar definido para los textos informativos.

- Elaboración de los textos informativos.

- Elaboración de los textos analíticos.

- Versión trilingüe de la obra. Esta obra integra la Red latinoamericana de historia y Patrimonio Cultural de la Salud; para que tenga amplia divulgación se presentará una versión trilingüe: portugués, inglés y español.

- el tiempo de ejecución previsto es de doce meses, de los cuales seis se dedicarán a la investigación y los otros seis a la elaboración del libro.

Estructura del libro

El libro está constituido en dos partes, la primera comprende textos analíticos acerca de la historia del Patrimonio de la Salud en Rio de Janeiro, reflexionando acerca de distintos períodos y contextos: el período imperial, el inicio del siglo XX, el período post-1930.

La segunda parte presenta textos informativos acerca de los edificios relacionados a la salud aún existentes en Rio de Janeiro, describiendo su historia, su localización, sus características, su uso actual y su arquitectura. Presentará, en la medida de lo posible, imágenes de los edificios y sus plantas. Estos textos podrán ser algunos de autoría individual y otros de autoría del equipo del proyecto.

Los textos abarcan la historia de la salud en el Brasil desde el período colonial, a través de las acciones de las hermandades y órdenes terceras, hasta el período repu-

blicano contemporáneo. A pesar de ser considerado como uno de los ejes del trabajo a la trasmigración de la Corte portuguesa al Brasil en 1808, donde estudiamos las acciones de la Santa Casa de la Misericordia y los otros hospitales mantenidos por distintas hermandades -tal como el Hospital de los Lázaros- nos remitiremos a la tradición de asistencia médica heredada de la colonización portuguesa. De forma general, presentaremos tanto a instituciones públicas cuanto privadas. Es necesario tener en consideración que durante mucho tiempo las nociones de público y privado para la salud en Brasil eran muy tenues. Las instituciones privadas, como las Misericordias y el Hospital de los Lázaros, ejercían la función de hospitales públicos hasta por lo menos las dos primeras décadas del siglo XX.

Sumario

- Presentación
- Introducción
- Parte I: Textos analíticos

1º) “Arquitectura y Salud en Rio de Janeiro”: en este capítulo procuramos narrar cómo se dio la evolución de los espacios de salud, sobre todo los hospitalarios y los sanatoriales. En esa trayectoria se percibe el pasaje de los modos de pabellón e higienista -de influencia europea- para el modelo monobloque norteamericano. Siendo así, el espacio hospitalario procuró responder a las mudanzas de paradigmas sanitarios por los cuales pasó el mundo occidental, en especial la entonces Capital Federal del Brasil, a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Al mismo tiempo, los espacios responden a la evolución de la arquitectura, de las técnicas constructivas y del propio medio urbano.

2º) “La salud pública en el Rio de Janeiro imperial”: este capítulo busca presentar una reconstitución histórica de las acciones relativas a la asistencia sanitaria en la ciudad de Rio de Janeiro en el siglo XIX. Desde el inicio del proceso de colonización existieron determinaciones relativas a la asistencia sanitaria en las ciudades, incumbiendo principalmente a las cámaras la determinación de medidas de higiene y la defensa de la salud pública. Al final del siglo XVIII, con la creación de la Junta del Protomedicato, se buscó reestructurar la asistencia sanitaria en las colonias, y las funciones, hasta entonces atribuidas al físico-Mor y al cirujano-Mor, pasaron a ser de responsabilidad de esta Junta. Los diversos reglamentos sanitarios, que se sucedieron durante las primeras décadas del siglo XIX, se mostraron ineficientes, significando apenas medidas de higiene y no constituyéndose propiamente en una política de salud pública. Así, siendo instancias no oficiales de aquella sociedad, reflexionaron acerca de la situación de la salud pública y propusieron estudios más criteriosos y adecuados a la realidad brasileña y respectivas medidas sanadoras. El

primer estudio médico impreso en Brasil, en 1808, “Reflexiones sobre algunos medios propuesto para mejorar el clima de la ciudad del Rio de Janeiro”, de M.Vieira de la Silva, señalaba la preocupación por la situación sanitaria en la ciudad de Rio de Janeiro. Al largo del siglo XIX fueron creándose servicios, instituciones hospitalarias e instancias de carácter municipal dedicados a la inspección de las condiciones de salud pública en el puerto y la ciudad. En la década de 1940 se promovió una reforma en el campo de la salud pública, especialmente con relación a la definición de atribuciones entre el poder central y los poderes locales. En la segunda mitad del siglo XIX la incidencia de varias epidemias marcó a la salud pública en Rio de Janeiro, desencadenando la adopción de medidas y la creación de instituciones, como la Junta de Higiene Pública. De esta forma, analizaremos las principales acciones y espacios institucionales (instituciones de enseñanza y de pesquisa, entidades públicas en Salud) relevantes en el proceso de institucionalización de la salud pública en Rio de Janeiro.

3º) los años de la década de 1920: este capítulo estudia las respuestas que esta década presentó a la recurrente falta de lechos que sufría la capital republicana. De esta manera, centrará su análisis en las acciones y en las propuestas de la gestión de Carlos Chagas frente al Departamento Nacional de Salud Pública. Son varios los hospitales creados, con vinculación directa o indirecta, a la política de salud pública puesta en práctica por Chagas a partir de 1919; entre ellos podemos citar: el Hospital São Francisco de Assis, inaugurado en 1922; el Abrigo-Hospital Arthur Bernardes, como acción de la Inspectoría de Higiene Infantil, en 1924; el Hospital Gaffrée y Guinle, para sífilis y enfermedades venéreas, inaugurado en 1929; el Hospital del Cáncer, cuyas obras se inician en 1927; el Hospital Colonia de Curupaity, para leprosos, en 1922; la Pró-Matre, en 1919; y, por fin, el Hospital de Clínicas Arthur Bernardes, para la Facultad de Medicina de Rio de Janeiro, cuya piedra fundamental es lanzada en julio de 1926. Es innegable la valorización que ese equipamiento de salud pasa a tener en la gestión Chagas en el DNSP, sobre todo en su faz de política pública de asistencia hospitalaria.

4º) la asistencia hospitalaria en el período post-1930: este capítulo evidencia las transformaciones que la asistencia hospitalaria sufrió a partir de la ascensión de Getúlio Vargas al poder. Se enfatizará la gestión de Pedro Ernesto en la administración del Distrito Federal, considerado por muchos como el marco del control público de la cuestión. Es también en ese período que se percibe una separación, tanto política cuanto institucional, entre salud pública y asistencia médica, ésta última basándose en el tratamiento individual, curativo, ambulatorio, hospitalario y de cuño esencialmente urbano. Además se procuró reforzar las políticas públicas de salud, que culminaron con la creación del Ministerio de la Salud en 1953.

- Parte II: textos informativos sobre los edificios, presentados en orden alfabético de los nombres originales, subdivididos en períodos cronológicos: edificios del siglo XIX, edificios de la República Vieja, edificios post-1930.

Estructura de los textos informativos

- Título o nombre del edificio
- Localización
- Dirección
- Denominación (categoría)
- Época de construcción (siglo y período histórico)
- Año y nombre del propietario (gubernamental o privado)
- Autor / constructor
- Histórico (texto informativo)
- Observaciones
- Data de protección (ejemplo: 1970 por el IPHAN; 1980, por el INEPAC)
- Créditos
- Anexo: imágenes y / o plantas.

Conclusión

Trabajamos el Patrimonio Cultural de la Salud, en sus acciones de identificación, preservación, valorización y divulgación, atendiendo en primer lugar a un concepto amplio, que permite acompañar las transformaciones por las cuales la salud fue pasando a lo largo de los cinco siglos de existencia de Brasil. En segundo lugar, la “salud” no es un dato sino una construcción; es su diversidad lo que procuraremos identificar y catalogar en esos procesos.

La apertura de museos dedicados a la salud dentro de universidades y hospitales en diversos países de América Latina -fuertemente marcados por la diversidad cultural- parece apuntar hacia una dirección que nos hace revivir la fiebre de la memoria de la década de 1980, sólo que esta vez incluyendo el Patrimonio de la Salud, creando espacios de reflexión, de difusión y de enseñanza. Los casos más notables son los de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba y de los museos dedicados a hospitales, en la Argentina, como el Museo Histórico del Hospital B. Rivadavia, que ha promovido los encuentros sobre el Patrimonio Cultural Hospitalario, en conjunto con la Comisión para la Preservación del Patrimonio Histórico Cultural de la Ciudad de Bs. As., del Ministerio de Cultura porteño.

En Brasil aún son tímidos los estudios a partir de la historicidad de los hospitales, así como los de las acciones de preservación de los edificios ligados a esta temática, por ejemplo los de algunas Santas Casas de Misericordia. Podemos citar el Museo Emílio Ribas, de la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo, instalado donde funcionó el antiguo Desinfectorio del Estado, el mismo Museo de Historia de la Medicina de Rio Grande do Sul, instalado en las dependencias de la Beneficencia Portuguesa de Porto Alegre e inaugurado a fines de 2006, en conjunto con el Sindicato Médico de Rio Grande do Sul. Un caso notable es el de la Fundación Oswaldo Cruz de Rio de Janeiro,

en el cual un conjunto de predios construidos a comienzos del siglo XX para laboratorios de investigación, enseñanza y producción en salud, fue preservado por el IPHAN, recibiendo desde entonces inversiones continuas para su preservación. Por otro lado, no hay ningún instrumento organizado con informaciones sistematizadas que permita, tanto al estudioso cuanto al lego, recuperar la historia de la salud en el país por medio de sus monumentos.

El acervo recibido de los antepasados ayuda a contar nuestra historia y evidencia los valores que caracterizan el grupo al cual pertenecemos. La desaparición de los referentes más significativos de un grupo o de un espacio, tales como marcos arquitectónicos, paisajes y manifestaciones culturales, hace que el individuo pierda la identificación con el medio donde habita y con su propia historia.

La Biblioteca Virtual en Salud de Argentina - BVS

Lic. Susana Catalina Iannello⁽¹⁾

La Biblioteca Virtual en Salud de Argentina es una colección descentralizada y dinámica de fuentes de información, cuyo objetivo es brindar acceso equitativo al conocimiento científico en salud de producción nacional. Esta colección opera como red de productos y servicios en la web, para responder a diversas necesidades de información en salud de autoridades, administradores, investigadores, profesores, estudiantes, profesionales de los medios de comunicación y público en general.

La BVS se distingue del conjunto de otros portales en la web porque respeta criterios de selección y control de calidad de sus contenidos. Las fuentes de información que se disponen en la BVS son recursos que responden a una demanda de información por parte de los usuarios, que incluyen productos y servicios de información, personas o redes de personas, programas de computación, directorios, glosarios, entre otros.

Para poder entender la organización, desarrollo y operación descentralizada de las fuentes de información de la BVS, estas se clasifican en 6 tipos: las fuentes primarias que incluyen los textos completos según los tipos clásicos de la literatura científica (revistas, monografías, tesis, legislación), así como otras fuentes originales de datos hipertextuales y numéricos; las fuentes secundarias que se refieren a todos los índices, bases de datos y directorios, cuyos registros se refieren a fuentes primarias, entidades y eventos en el área de la salud. También se incluyen los servicios de información asociados a esas fuentes, como, por ejemplo, el servicio de conmutación bibliográfica, que se identifican en líneas generales a los que proveen las unidades de referencia de la biblioteca tradicional.

1. Coordinadora Centro de Gestión del Conocimiento Representación OPS/OMS en Argentina.
caty@arg.ops-oms.org <http://www.bvs.org.ar>

Por otro lado, también están las fuentes terciarias que se generan con valor agregado a partir de las fuentes primarias y secundarias y tienen objetivos didácticos y de soporte para la toma de decisión de distintas comunidades de usuarios, la diseminación selectiva de información por la cual se actualiza usuarios según el perfil de interés específico.

Este tipo de fuente de información también es un mecanismo de suministro de información de la BVS a las comunidades de usuarios que no están conectados o tienen dificultades de comunicación con la Internet; las noticias y comunicación entre personas, incluyendo listas de discusión, foros y comunidades virtuales en general; y por último los componentes integradores que aseguran la integración de las fuentes de información descentralizadas de la BVS, como la terminología DeCS-Descriptores en Ciencias de la Salud- que son términos que se utilizan para clasificar la literatura científica y los catálogos de recursos de información y las metodologías comunes.

La BVS promueve la equidad en el acceso a información científica

La BVS es el modelo de cooperación técnica de BIREME/OPS/OMS en el paradigma de información y comunicación de Internet, que se caracteriza por la acción directa de los usuarios en la producción, operación, publicación y acceso a las fuentes y flujos de información.

Utilizando Internet y a través de la construcción de la BVS se agiliza el flujo de información científica y la convergencia de los actores, sean ellos productores, intermediarios y usuarios de información. Las bibliotecas y los bibliotecarios convergen, por ejemplo, con la edición electrónica en línea y con los editores, de la misma forma que los productores de fuentes de información lo hacen en los sistemas nacionales de salud, educación e investigación. La operación de la BVS es complementada por otras redes regionales, como SciELO, ScienTI, Red Cochrane Iberoamericana, Campus Virtual de Salud Pública, etc y también por redes internacionales como la GHL (Global Health Library) promovida por la Organización Mundial de Salud.

BIREME promueve los productos y servicios que se generan en el espacio de estas redes como bienes públicos regionales y globales. De este modo se promueve la inclusión, construcción y desarrollo colectivo de las redes y sus productos, servicios y eventos de información.

El modelo de la BVS comprende tres dimensiones principales:

Redes Sociales: De instituciones e individuos productores, intermediarios y usuarios de información, las que se extienden y operan en los ámbitos geográficos y temáticos. Existen redes de bibliotecas, de editores, de comunidades temáticas, etc., con alcance local, nacional y regional.

Redes de Contenidos: Redes de fuentes y flujos de información operados en línea a partir de productos, servicios y eventos de información que son sustentados por las redes de instituciones e individuos;

Ambientes aprendices e informados que promueven en el ámbito de las instituciones y de contextos de los sistemas de salud, investigación y educación ambientes aprendices e informados con *modus operandi* que maximizan el intercambio de información, conocimiento y experiencia y promueven la inserción de sus diferentes actores en las redes nacionales e internacionales de la BVS y redes complementarias.

Instituciones que conforman la BVS en Argentina

La BVS constituye un espacio común entre usuarios, intermediarios y productores de información, los que interactúan con redes de fuentes de información y con otros usuarios. La principal consecuencia de este paradigma es la confluencia en la Internet y, en particular en la BVS, de las funciones y actividades de producción, intermediación y uso de las fuentes de información.

En 2007 la red de la BVS regional se extiende a toda Iberoamérica, con más de 2000 instituciones que operan directa o indirectamente los productos y servicios de la BVS a través de decenas de portales nacionales, temáticos e institucionales.

Principales redes que complementan la BVS

Red SciELO (Scientific Electronic Library Online) - red de instituciones de apoyo a la investigación y comunicación científica. Los países responsables por más del 80% de la producción científica iberoamericana ya operan colecciones nacionales y temáticas de revistas científicas de calidad con aproximadamente 400 títulos en modalidad de acceso abierto y más de 8 millones de artículos visitados al mes. Es una colección de acceso abierto de revistas científicas;

Red ScienTI (Red Internacional de Fuentes de Información y de Conocimiento para la Gestión de Ciencia, Tecnología e Innovación) - red de los Consejos nacionales de ciencia y tecnología, con la participación de la OPS, OEA y UNESCO, así como de grupos de investigación y desarrollo. Opera directorios de investigadores, instituciones y proyectos. Adoptada por la mayoría de los países de América del Sur, México y Portugal, debe expandirse hacia América Central y el Caribe en los próximos años.

GHL - Global Health Library - la Biblioteca Global de Salud, iniciativa liderada por la OMS, cuenta con el apoyo de BIREME en su desarrollo.

¿Qué es el LIS-Localizador de Información en Salud?

Es una base de datos que reúne informaciones internas y externas al espacio de

la BVS. El contenido de las bases de datos del LIS está constituido por meta datos que describen fuentes de información disponibles en la Internet. Se basa en el GILS (Global Information Locator Service) y en el formato Dublin Core, con algunos campos de datos adicionales.

Los catálogos que sirven de referencia a estas fuentes de información en la BVS son operados por el LIS, lo que permite la descripción y recuperación de fuentes de información de modo compatible con patrones internacionales, así como el desarrollo y operación de catálogos que cubren distintas áreas geográficas; también es posible restringir su operación a áreas temáticas específicas.

Su objetivo es el de garantizar que los recursos de información científica y técnica disponibles en la Internet consten de la BVS.

¿Qué es el DeCS-Descriptores en Ciencias de la Salud?

El vocabulario estructurado y trilingüe DeCS – Descriptores en Ciencias de la Salud – fue creado en 1987 por BIREME para uso en la indización de artículos de revistas científicas, libros, anales de congresos, informes técnicos y otros tipos de materiales, así como para utilizarse en la investigación y recuperación de temas de la literatura científica en las bases de datos LILACS, MEDLINE y otras. En la BVS, el DeCS es la herramienta que permite la navegación entre registros y fuentes de información a través de conceptos controlados y organizados en portugués, español e inglés.

Fue desarrollado a partir del MeSH – Medical Subject Headings – de la U.S. National Library of Medicine, con el propósito de permitir el uso de terminología común para investigación en tres idiomas, proporcionando así un medio consistente y único para recuperar la información de forma independiente del idioma. Además de los términos originarios del MeSH, se desarrollaron las áreas específicas de Ciencia y Salud (2005), Homeopatía (1991) y Salud Pública (1987).

¿Qué es el SCAD - Servicio Cooperativo de Acceso a los Documentos?

El principal objetivo de este servicio es proveer el acceso a documentos del área de ciencias de la salud a través del envío de la copia de documentos científicos y técnicos (artículos de revistas, capítulos de monografías, documentos no convencionales, etc.) a usuarios previamente registrados en el SCAD. El SCAD es el único servicio remunerado de la BVS. Normalmente las copias de los documentos solicitados llegan al usuario solicitante por medio electrónico o correo tradicional, con un plazo medio de atención de 48 horas.

¿Qué es el Portal de Revistas Científicas?

Es un catálogo de revistas científicas y técnicas del área de la salud, que contiene información sobre la descripción bibliográfica de títulos de revistas (títulos, SIN, editorial, lugar de publicación, periodicidad, etc.), sobre la disponibilidad y forma de acceso a la versión electrónica y texto completo y sobre las colecciones disponibles en las bibliotecas cooperantes del catálogo colectivo SeCS – Seriadados en Ciencias de la Salud.

Revistas indexadas en LILACS, MEDLINE y otras bases de datos de la BVS están incluidas en el Portal de Revistas de la BVS.

Desarrollo de la BVS-Argentina

En 2001, la Representación OPS/OMS Argentina abrió el acceso al portal de la Biblioteca Virtual en Salud. Uno de los componentes operativos más relevantes del proyecto, es desde entonces el aporte de bases de datos bibliográficas de la literatura argentina en salud generados por la red. Un elemento diferenciador de otros portales con información en salud es que la información que se publica en la BVS responde a criterios de selección internacionales, y a un procesamiento técnico y de evaluación de sus contenidos que aseguran información certificada y de calidad.

En el marco de la construcción de la BVS, en Argentina están en desarrollo:

BVS Argentina

<http://www.bvs.org.ar>

BVS Pediatría

<http://www.bvspediatria.org.ar>

BVS Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental

<http://www.bvsde.paho.org/argentina>

Legislación en Salud

<http://www.msal.gov.ar>

SciELO Argentina

<http://www.scielo.org.ar>

Red ScienTI- Sistema de Información de Ciencia y Tecnología Argentino

<http://www.secyt.gov.ar/sicytar/default.htm>

BVS Psicoanálisis

<http://www.bivipsil.org>

Centro Colaborador Argentino de la Red Cochrane Iberoamericana

<http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/cochrane/>

RENICS

<http://www.renics.com.ar/>

De esta forma, se comenzaron a organizar diversas fuentes y servicios de información:

BINACIS - Bibliografía Nacional en Ciencias de la Salud, con 100.000 citas de la literatura argentina en salud

UNISALUD - Base de datos unificada de las bibliotecas participantes de la red- 290.000 citas

Catálogo Colectivo de Publicaciones Periódicas, con las colecciones de revistas disponibles en las bibliotecas de salud de la red – 4.000 títulos

Directorio de instituciones de salud - 18.000 registros
Portal de revistas científicas argentinas en salud - 1.200 títulos.
LIS- Localizador de información en salud – 379 sitios

Historia y Patrimonio Cultural de la Salud

La BVS constituye el espacio de interoperabilidad de los productos y servicios, y es por eso que puede haber desarrollos de BVS nacionales y temáticas que incorporen instituciones y comunidades nacionales, promoviendo su inserción en las redes regionales e internacionales. Así se piensa en el caso de Historia y Patrimonio Cultural de la Salud, conformar una red de trabajo con los diversos actores involucrados en el tema, y utilizar luego la plataforma de la BVS para la publicación de distintos productos y servicios que puedan ir generándose.

Es importante destacar que a partir de la I Reunión de Coordinación Regional de la Red de la BVS Historia y Patrimonio Cultural de la Salud – BVS HPCS, realizada en Santiago de Chile en agosto de 2007, surgieron como posibles recomendaciones que se promueva junto a los Ministerios de Salud de los países de la Región la adopción y desarrollo de políticas, programas e infraestructuras para el fortalecimiento de la Historia y el Patrimonio Cultural de la Salud (HPCS) como parte integral de los sistemas nacionales de salud, para valorizar la identidad y la memoria, y aumentar la conciencia de la sociedad sobre la importancia del patrimonio histórico-arquitectónico, museológico, científico, artístico y documental, así como el derecho a la información, como atributos fundamentales del ejercicio de la ciudadanía y como parte de las responsabilidades del Estado.

Que se promueva también el desarrollo de la red de la BVS HPCS como instancia regional y nacional para la cooperación técnica entre instituciones nacionales y regionales relacionadas con identificación, recuperación, conservación, investigación, valorización y diseminación de la HPCS con foco en la gestión y operación de una red de fuentes de información y conocimiento con acceso abierto y universal, incluyendo, entre otros, literatura científica y técnica, biografías de personalidades y figuras históricas, legislación, directorios de instituciones, especialistas y eventos relacionados, catálogos de imágenes, obras de arte, de monumentos arquitectónicos, catálogos de archivos y de fondos documentales en general.

Este es el camino que se está proponiendo con esta nueva iniciativa temática y hacia allí comenzaremos a tejer las redes sociales con los actores involucrados y las redes de contenidos y ambientes aprendices que facilitarán la gestión compartida de fuentes y flujos de información y conocimiento operadas en red en la Web, con acceso abierto y universal para aumentar la visibilidad y los usos sociales del patrimonio cultural de la salud y contribuir así a su inserción en las políticas de salud y en los sistemas nacionales de salud.

Capítulo 2

Cultura, arte y salud.

Distintos abordajes

*Patrimonio de los Hospitales del Sistema de Salud Público de la
Ciudad de Buenos Aires*

Fundamentos desde la legislación actual.

Antecedentes y experiencias de intervención

Mus. Marcelo Javier Pizarro⁽¹⁾

**Patrimonio de los Hospitales del Sistema de Salud Público de la Ciudad
de Buenos Aires**

La realización de este trabajo tiene por objeto contribuir al establecimiento de acciones tendientes a la conservación, desarrollo y promoción del Patrimonio Histórico, Cultural y Natural de los efectores de la órbita del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Los Hospitales Porteños, cuatro siglos de historia

Los hospitales dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad, atraviesan cuatro siglos de historia. La creación de cada uno de ellos remite a determinados momentos socio-históricos, responden a las diversas concepciones del “arte de curar” y al devenir del control político sobre ellos.

1. Medico especialista en Terapia intensiva, Ecografista y Psiquiatra, clown, actor y director. Coordinador de la Escuela de Teatro y Salud y el Grupo de Teatro de la Facultad de Medicina, Director Artístico de Payamédicos
Entre las tareas ejecutadas y en desarrollo pueden citarse: investigación, puesta en valor y comunicación sobre Patrimonio en Salud, además de contribuir a sentar bases para la promoción de Patrimonio Histórico Cultural de los hospitales porteños.

Desde la etapa colonial bajo la influencia de laicos, congregaciones de la Iglesia Católica y autoridades virreinales, pasando por la paulatina intervención del incipiente estado independiente para asumir el cuidado de la salud de la población, llegamos a la actualidad, donde el enfoque se posiciona en la prevención y la promoción de la salud, en la participación social, en la descentralización, en la transformación de las relaciones Estado Sociedad, en la salud como política de Estado y como derecho universal.

Para brindar servicios asistenciales espontáneos y programados a la población, el sistema de salud de la ciudad cuenta con treinta y tres hospitales mono y polivalentes de mediana y alta complejidad. Están destinados a la atención de diversas especialidades: psiquiatría, enfermedades infecciosas, gastroenterología, patologías respiratorias, oncología, odontología, oftalmología, quemados, rehabilitación, salud materno-infantil y zoonosis. Trece, son hospitales generales de agudos que ofrecen todas las especialidades clínicas y quirúrgicas de la medicina moderna.

Estas instituciones que forman parte integral del sistema de salud público de Buenos Aires, se fueron conformando a partir del siglo XVIII con la creación del Hospital de Mujeres por parte de la Hermandad de la Santa Caridad en 1774, actual Hospital Rivadavia. En 1779 el virrey Vértiz instalará la Real Casa de Niños Expósitos, posteriormente denominada Casa Cuna, actual Hospital de Pediatría Dr. Pedro de Elizalde.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX se incorporarán a la ciudad diez nuevos hospitales y en el siglo XX se sumarán veintiuno.

Con el transcurrir del tiempo se conformó un Patrimonio que comprende edificios y fachadas de interés histórico, arquitectónico y científico, jardines y parquizaciones, documentos, obras de arte, material bibliográfico, fotografías, instrumental, equipamiento y una valiosa historia oral, entre otros testimonios que constituyen un aspecto poco conocido para la mayoría de la población y que estas instituciones atesoran.

Estos bienes culturales, íntimamente vinculados a la historia que en ellos ha acontecido, forman parte de una memoria que fortalece y prestigia al sistema de salud de la ciudad.

Así también, resulta necesario articular el conocimiento de la historia de estas instituciones, originada en 1774 con la creación del Hospital de Mujeres (actual Hospital Rivadavia) y que continúa hasta el presente con la conformación de treinta y tres hospitales del sistema público de la ciudad.

Resulta impostergable señalar que este Patrimonio, atesorado gracias a la desinteresada labor de innumerables integrantes de los equipos de salud, corre peligro.

Hasta el presente, el Ministerio de Salud de la CABA no ha creado área ni programa que incluya este tema específico del conocimiento, de creciente interés en la sociedad.

Por ello es que se plantea revertir la situación actual mediante una intervención coordinada que impulse un nuevo eje de gestión, generadora de múltiples propuestas de desarrollo en el campo de la salud, el medio ambiente, la cultura, la educación, la ciencia y tecnología y el turismo cultural.

La legislación argentina a través de la Constitución Nacional y la de la Ciudad de Buenos Aires, mediante su carta magna y las leyes de Salud y Salud Mental, contemplan el derecho al Patrimonio, instando a la realización de medidas para su protección y promoción.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS), impulsa la creación de una red de trabajo con los diversos actores vinculados a la Historia y al Patrimonio Cultural de la Salud. Mediante la Biblioteca Virtual en Salud de Argentina- BVS, la OPS promueve *“los usos sociales del patrimonio cultural de la salud y contribuir así a su inserción en las políticas de salud y en los sistemas nacionales de salud”* (www.bvs.org.ar).

1. Fundamentos desde la legislación actual

La Constitución Nacional y la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, promueven el derecho al patrimonio cultural.

El Patrimonio en la Constitución Nacional

La **Constitución de la Nación Argentina** reformada en agosto de 1994 favorece la adecuación de la legislación necesaria para los fines considerados. En su artículo 24 establece que *“El Congreso promoverá a reforma de la actual legislación en todos sus ramos (...)”*.

También enuncia en el artículo 41: *“Todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las de las generaciones futuras; y tienen el deber de preservarlo. El daño ambiental generará prioritariamente la obligación de recomponer, según lo establezca la ley.*

Las autoridades proveerán a la protección de este derecho, a la utilización racional de los recursos naturales, a la preservación del patrimonio natural y cultural y de la diversidad biológica, y a la información y educación ambientales.

Corresponde a la Nación dictar las normas que contengan los presupuestos mínimos de protección, y a las provincias, las necesarias para complementirlas, sin que aquellas alteren las jurisdicciones locales(...)”.

El Patrimonio en la Constitución de la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires

En el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la **Constitución de la Ciudad** (Ley N° 1 del 1° de octubre de 1996), el Capítulo Sexto, artículo 32, promueve el derecho a la **Cultura**: *“La ciudad distingue y promueve todas las actividades creadoras. Garantiza la democracia cultural; asegura la libre expresión artística y prohíbe toda censura; facilita el acceso a los bienes culturales; fomenta el desarrollo de las industrias culturales del país; propicia el intercambio; ejerce la defensa activa del idioma nacional; crea y preserva espacios; propicia la superación de barreras comunicacionales; impulsa la formación artística y artesanal; promueve la capacitación profesional de los agentes culturales; procura la calidad y jerarquía de las producciones artísticas e incentiva la actividad de los artistas nacionales; protege y difunde las manifestaciones de la cultura popular; contempla la participación de los creadores y trabajadores y sus entidades, en el diseño y la evaluación de las políticas; protege y difunde su identidad pluralista y multiétnica y sus tradiciones.*

Esta Constitución garantiza la preservación, recuperación y difusión del patrimonio cultural, cualquiera sea su régimen jurídico y titularidad, la memoria y la historia de la ciudad y sus barrios.”

“El ambiente es patrimonio común” enuncia el Capítulo Cuarto, **Ambiente**, artículo 26 y agrega: *“Toda persona tiene derecho a gozar de un ambiente sano, así como el deber de preservarlo y defenderlo en provecho de las generaciones presentes y futuras (...)”*. El artículo 27 dice al respecto: *“La Ciudad desarrolla en forma indelegable una política de planeamiento y gestión del ambiente urbano integrada a las políticas de desarrollo económico, social y cultural, que contemple su inserción en el área metropolitana. Instrumenta un proceso de ordenamiento territorial y ambiental participativo y permanente que promueve: (...) “2. La preservación y restauración del patrimonio natural, urbanístico, arquitectónico y de la calidad visual y sonora. (...) 4. La protección e incremento de los espacios verdes, las áreas forestadas y parquizadas, parques naturales y zonas de reserva ecológica y la preservación de su diversidad biológica”.*

Respecto a las acciones educativas que pueden vincularse con el Patrimonio Histórico Cultural en Salud, en el Capítulo Tercero, **Educación**, artículo 23 se determina: *“... La educación tiene un carácter esencialmente nacional con especial referencia a la Ciudad, favoreciendo la integración con otras culturas.”*

Asimismo la Constitución de la Ciudad en el Capítulo Decimonoveno, **Ciencia y Tecnología**, artículo 58: *“... Fomenta la vinculación con las Universidades Nacionales y otras Universidades con sede en la Ciudad. La Universidad de Buenos Aires y demás Universidades Nacionales son consultoras preferenciales de la Ciudad Autónoma.”*

En relación a las acciones de turismo, como por ejemplo visitas guiadas, que podrían realizarse en determinados sectores de los hospitales, podemos citar el Capítulo

Vigésimo, **Turismo**, artículo 59: “*La Ciudad promueve el turismo como factor de desarrollo económico, social y cultural.*”

Potencia el aprovechamiento de sus recursos e infraestructura turística en beneficio de sus habitantes, procurando su integración con los visitantes de otras Provincias o países.”

En lo ceñido al tema **Salud**, el Capítulo Segundo, artículo 20, determina: “*Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente (...)*”.

En el artículo 21, apartado 11 se “*Incentiva la docencia e investigación en todas las áreas que comprendan las acciones de salud, en vinculación con las universidades*”.

Las actividades culturales en salud mental son servicios a la comunidad cuya implementación están inscriptas en el artículo 21, apartado 12, donde se establece: “*Las políticas de **salud mental** reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradican el castigo; propenden a la desinstitutionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social*”.

Dentro de estos servicios se inscribiría el área de Patrimonio en Salud.

El Patrimonio en la Ley Básica de Salud de la CABA

En febrero de 1999 la Legislatura de la CABA sancionó la **Ley Básica de Salud** (Ley 153). En su Artículo 3º la ley define: “*La garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:*

La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.

*El desarrollo de una **cultura de la salud** así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad”*

Las acciones realizadas con el objetivo del *desarrollo de una cultura para la salud* están contempladas como un recurso de salud, (Artículo 11º): “*Entiéndese por **recurso de salud**, toda persona física o jurídica que desarrolle actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, investigación y docencia, producción, fiscalización y control, cobertura de salud, y cualquier otra actividad vinculada con la salud humana, en el ámbito de la Ciudad.*”

Entre las funciones de la autoridad de aplicación del sistema pueden citarse: “*Artículo 12º, n. La promoción de medidas destinadas a la conservación y el mejoramiento del medio ambiente;(...)*

u. *La promoción e impulso de la participación de la comunidad; (...)*”

Como objetivo de los recursos de salud se encuentra: “*Artículo 14º, e. Reconocer y desarrollar la interdisciplina en salud; (...)*”

El Patrimonio en la Ley de Salud Mental de la CABA

Uno de los ámbitos que poseen una marcada impronta respecto a los bienes simbólicos que constituyen el patrimonio en salud, es el de la Salud Mental. Los lineamientos de la actividad están regidos por la **Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires** (Ley 448, sancionada en julio de 2000 por la Legislatura de la CABA).

Entre los principios en que se sustenta podemos citar el Artículo 2º:

*“(…) b) El reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los **derechos** al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, **a la cultura**, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo.*

c) La intersectorialidad y el abordaje interdisciplinario en el desarrollo del Sistema de Salud Mental. (...)”

Respecto a los derechos de todas las personas en su relación con el Sistema de Salud Mental, se destaca el derecho “**a la identidad, a la pertenencia, a su genealogía y a su historia**” (Artículo 3º, inciso b).

Entre los lineamientos y acciones que debe contemplar el órgano de conducción, regulación y organización del Sistema de Salud Mental se encuentran en el Artículo 10º: “*a) La promoción de la salud mental de la población a través de la ejecución de políticas orientadas al reforzamiento y restitución de lazos sociales solidarios.*”. El mismo artículo establece que: “*La asistencia en todos los casos será realizada por profesionales de la salud mental certificados por autoridad competente*” (inciso e). Asimismo el inciso h) instituye la “*conformación de equipos interdisciplinarios de acuerdo a las incumbencias específicas*” y en el inciso g) se explicita que: “*Las intervenciones de las disciplinas no específicas del campo de la Salud Mental serán refrendadas por los profesionales cuya función les asigna la responsabilidad de conducir las estrategias terapéuticas (...)*”

Hasta aquí un somero análisis de la legislación de base que podría utilizarse para la implementación de un programa para el desarrollo de las actividades relacionadas al Patrimonio Histórico Cultural en Salud.

2. Antecedentes y experiencias de intervención

A continuación se describen actividades realizadas que configuran un importante antecedente para el logro del objetivo propuesto.

En el año 2003 la por entonces Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires realizó, dentro del marco de una mega exposición denominada “*Exposalud 2003*”, una exhibición del Patrimonio de sus hospitales, la cual se denominó “*Los Hospitales Porteños y la recuperación de la Memoria Histórica*”, configurando el inicio de una serie de intervenciones sobre su Patrimonio Histórico Cultural, un aspecto poco conocido para la mayoría del público y para buena parte del personal que integra los equipos de salud del actual Ministerio.

La Exposición “Buenos Aires Salud 2003”

Auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), se realizó entre el 4 y 7 de julio de 2003 en el Centro Municipal de Exposiciones y tuvo como objetivos:

- vincular a la comunidad con la salud, desde una concepción integral que privilegie la promoción y la prevención, apelando a técnicas innovativas y creativas de difusión y comunicación.
- difundir la oferta de servicios y orientar la demanda.
- promover hábitos saludables en la población.
- propiciar el intercambio de experiencias y prácticas entre los equipos de salud.
- relacionar a la salud con la historia y la identidad de la Ciudad.

La exposición “Los Hospitales Porteños y la recuperación de la memoria histórica”

Para cumplimentar este último objetivo se dispuso realizar esta primera exposición integral del patrimonio hospitalario dentro del marco de la Exposalud 2003. Se conformó un equipo interdisciplinario integrado por personal de Comunicación Institucional y Prensa de la Secretaría de Salud (responsable del evento) y de la Dirección General de Museos de la Secretaría de Cultura del GCBA.

Respecto a la metodología, se pidió a los directores de hospitales que designaran referentes privilegiando a aquellos que estuvieran vinculados a la temática, con quienes se realizó un encuentro para explicar los lineamientos y objetivos de la muestra y fueron desde ese instante, entusiastas sostenedores del emprendimiento. Luego se desarrolló una estrategia particular dadas las características propias de la exposición. Como punto de partida se realizó una investigación bibliográfica, a partir de la cual se armó el guión y se escribieron los textos que iban a acompañar los objetos.

Se efectuó un relevamiento en el Archivo General de la Nación de fotografías vinculadas a la temática sanitaria en la ciudad de Buenos Aires. Se contactó a los directores de los museos de las facultades de Medicina, Farmacia y Bioquímica y Odontología de la Universidad de Buenos Aires, además del Instituto y Archivo Histórico de la Ciudad quienes brindaron asesoramiento y material para contextualizar la exhibición.

También se visitó la casi totalidad de los hospitales porteños para determinar las piezas museales existentes en el sistema, seleccionando y retirando aquellas que por su valor intrínseco adquirieran relevancia dentro del guión planteado. La Dirección General de Museos procedió a su acondicionamiento y finalmente se realizó el diseño gráfico de la muestra y el montaje de la misma.

El núcleo central de la exposición estuvo constituido por la etapa fundacional de los hospitales y su evolución en un contexto histórico-social a través de distintos períodos que abarcaron desde la época pre-hispánica hasta la década del '50. También se reprodujeron núcleos temáticos especialmente ambientados tales como enfermería, maternidad, quirófano, cocina, administración y arquitectura hospitalaria del siglo XIX.

Una cama con baldaquino perteneciente a la primera maternidad que tuvo el país en el viejo Hospital de Mujeres (actual Hospital Rivadavia), el libro de ingresos de 1890 de la Casa de Niños Expósitos donde está asentada la entrada del pintor Benito Quinquela Martín; el parte original de la batalla de Chacabuco de 1817 de la imprenta de los Niños Expósitos; el “Mapa de la Peste” perteneciente a la Casa de Aislamiento (actual Hospital Muñiz) que registra la ubicación geográfica en la ciudad de enfermos ingresados a dicha institución entre los años 1900 y 1915; un tanque de oxígeno de una ambulancia a caballo del antiguo hospital de Flores (actual Alvarez); instrumental de la escuela del Dr. Finochietto; trajes de enfermera distintas épocas, máscaras de Ombrédanne (para anestesia) y variada aparatología, además de planos, fotografías y documentos originales de los hospitales, fueron algunos de los objetos seleccionados para la muestra, visitada por más de 40.000 personas, de las cuales 3.000 fueron alumnos de escuelas del Gobierno de la Ciudad.

Salud y Cultura, articulación y reconocimiento de nuestra historia

Sin duda lo trascendente del evento, no solo tuvo que ver con el invalorable patrimonio histórico preservado gracias a la acción comprometida de trabajadores de la salud, sino también con la modalidad que adoptó la producción de la exposición, que implicó el trabajo conjunto entre dos áreas, salud y cultura, que aparentemente aparecen a simple vista como territorios estancos, no vinculados.

Por el contrario, la exposición demostró que la protección y rescate de bienes culturales no es tarea exclusiva de un área específica, sino un trabajo de articulación y

fundamentalmente, de reconocimiento de nuestra historia. Enfoque que contribuye a la transformación del concepto de hospital identificado como espacio de dolor asociado a enfermedad, por el de una institución de salud con profundas raíces histórico sociales y proyección cultural.

Proyecciones sobre el Patrimonio Histórico Cultural de los hospitales porteños:

Más allá de los valiosos antecedentes de la labor realizada por el Museo del Hospital Rivadavia y los Centros Culturales de los Hospitales Durand y Borda, *“Los hospitales porteños y la recuperación de la memoria histórica”* erigida como la primera exposición conjunta del patrimonio hospitalario, configuró el inicio de una mirada y un quehacer que nos debíamos quienes trabajamos de manera mancomunada e interdisciplinaria en el “arte de curar” y preservamos porciones de un patrimonio que nos es común. Abrió el camino para la realización de otras muestras que posibilitan comunicar el tratamiento de la salud en la Ciudad de Buenos Aires desde sus inicios, a través de testimonios materiales que aún se conservan en los hospitales del sistema y que merecen ser preservados y compartidos con la comunidad.

Seguramente, con el apoyo institucional necesario por parte del Ministerio de Salud de la CABA, se podrá cimentar el camino hasta aquí transcurrido. Ello permitirá la realización de nuevos eventos en los cuales la salud y la cultura volverán a concurrir aunadas para plasmar las profundas transformaciones que están ocurriendo y que muchas veces el agitado devenir cotidiano no nos permite aprehender.

Anexo

El listado de las fechas de fundación de los actuales hospitales que a continuación se detalla, se realizó como parte de la investigación iniciada para el guión de la exposición histórica “Los Hospitales Porteños y la Recuperación de la Memoria Histórica”.

Nombre actual del hospital, fecha de fundación y antigua denominación:

Siglo XVIII

Hospital General de Agudos “Bernardino Rivadavia”: noviembre de 1774, Hospital de Mujeres.

Hospital General de Niños “Dr. Pedro de Elizalde”: 14 de julio de 1779, Casa de Niños Expósitos.

Siglo XIX

Hospital de Salud Mental¹ “Dr. Braulio Moyano”: 28 de marzo de 1854, Patio de Dementes.

Hospital de Salud Mental² “Dr. José T. Borda”: 11 de noviembre de 1863, Asilo de San Buenaventura.

Hospital General de Niños “Ricardo Gutiérrez”: 29 de abril de 1875, Hospital de Niños “San Luis Gonzaga”.

Hospital de Oftalmología “Santa Lucía”: 21 de octubre de 1878, Servicio de Enfermedades de los Ojos, Sala Santa Lucía del Hospital de Mujeres.

Hospital de Infecciosas “Dr. Francisco J. Muñiz”: 1882, Casa de Aislamiento.

Hospital General de Agudos “Dr. José M. Ramos Mejía”: 1883, Hospital San Roque.

Instituto de Zoonosis “Luis Pasteur”: 4 de septiembre de 1886, Consultorio Dr. Desiderio Davel.

Hospital General de Agudos “Dr. Juan A. Fernández”: 1893, Hospital del Norte.

Hospital General de Agudos “Dr. Ignacio Pirovano”: 12 de julio de 1896. Idem.

Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”: 1 de enero de 1897, Hospital Vecinal de La Boca.

Siglo XX

Hospital General de Agudos “Dr. Teodoro Álvarez”: 16 de mayo de 1901, Hospital de Flores.

Hospital General de Agudos “Enrique Tornú”: 8 de octubre de 1904, Hospital “Enrique Tornú” (Monovalente para Tuberculosis).

Hospital General de Agudos “Dr. Carlos G. Durand”: 28 de abril de 1913. Idem.

Hospital General de Agudos “Parmenio Piñero”: 9 de septiembre de 1917. Idem.

Hospital General de Agudos “Dalmacio Vélez Sarsfield”: 1917, Hospital Vecinal de Urgencias.

Hospital General de Agudos “Dr. José M. Penna”: 26 de marzo de 1926, Hospital Nueva Pompeya.

Hospital de Rehabilitación “Manuel Rocca”: 31 de enero de 1928, Hospital Preventorio “Manuel Rocca”.

Hospital de Oncología “María Curie”: 30 de marzo de 1931, Instituto Municipal de Radiología y Fisioterapia.

Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá”: 19 de diciembre de 1934, Maternidad “Ramón Sardá”

Hospital General de Agudos “Dr. Abel Zubizarreta”: 19 de agosto de 1935. Idem

Hospital de Rehabilitación Respiratoria “María Ferrer”: 29 de diciembre de 1936.

Hospital de Odontología “José Dueñas”: **10 de febrero de 1938.**

Hospital de Gastroenterología “Dr. Bonorino Udaondo”: 1 de agosto de 1938, Dispensario Nacional para Enfermedades de Aparato Digestivo.

Hospital General de Agudos “Donación Francisco Santojanni”: 18 de mayo de 1940. Idem.

Hospital de Oftalmología “Dr. Pedro Lagleyze”: 30 de septiembre de 1942, Instituto Oftalmológico Dr. Pedro Lagleyze.

Hospital Odontológico “Dr. Ramón Carrillo”: 11 de noviembre de 1948, Hospital Nacional de Odontología.

Hospital de Quemados: marzo de 1952, Instituto de Quemados, Cirugía Plástica y Reparadora.

IREP, Instituto de Rehabilitación Psicofísica : 23 de marzo de 1956, Centro de Rehabilitación del Lisiado Nacional.

Hospital de Odontología Infantil “Quinquela Martín”: 8 de septiembre de 1958, Instituto de Odontología Infantil.

Hospital de Salud Mental Infanto Juvenil “Dra. Carolina Tobar García”: 20 de diciembre de 1968. Hospital Infanto Juvenil “Dra. Carolina Tobar García”.

Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Dr. Torcuato de Alvear”: 1983, Hospital General de Agudos “Dr. Torcuato de Alvear” en 1910.

Cultura y salud. Una perspectiva antropológica

Susana Margulies ⁽¹⁾

En el campo de la salud, se suele convocar a los antropólogos en función de la preocupación por dar cuenta de los aspectos culturales implicados en los sistemas de atención. Pero la antropología se plantea interrogantes, problemas y énfasis, obviamente diferentes de los que formulan quienes ejercen la medicina.

Habitualmente se identifica a la cultura con las creencias, los valores, las normas estéticas, las costumbres, los hábitos y las técnicas puestas en juego por la población denominada *general* en la resolución de sus padecimientos.

Asimismo se suele distinguir, y en parte los antropólogos han contribuido a ello, la cultura moderna y occidental de las culturas denominadas tradicionales. Lo propio de la cultura moderna es la civilización, cultura singular, humanista y progresiva, transmitida a través de las instituciones intelectuales de las sociedades de occidente, una de cuyas expresiones la constituyen la biomedicina y sus instituciones. Las culturas tradicionales, referidas en plural, remiten a la diversidad de elaboraciones de grupos, nacionales, étnicos, de clase, de género, de trabajo, etc.

Más allá de los debates y las diversas aplicaciones, existe un peligro siempre presente en los diversos usos de la noción de cultura que es la tendencia a ver a la cultura como una cosa (en el nivel de las significaciones) que es poseída por un grupo considerándola como homogénea e integral y que le otorga una identidad singular.

1. Licenciada en Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA, 1977. Diploma Superior en Ciencias Sociales con mención en Sociedad y Servicios de Salud, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 1996. Directora de la Maestría en Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Co-directora del Programa de Antropología y Salud (Programa de investigación, docencia y transferencia institucional). Sección de Antropología Social, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Profesora Asociada Regular de la UBA.

Así, la cultura puede para un romántico ser una buena cosa que sólo puede ser cabalmente entendida por sus portadores. Puede para el epidemiólogo, o el administrador médico o el consultor financiero, ser algo negativo, sinónimo de conservadurismo irreflexivo que se opone al progreso o a la prevención de la enfermedad (Frankenberg, 1980).

Pero las construcciones culturales no son estructuras homogéneas con límites claros y funciones distintas construidas previamente. Las construcciones culturales no son estructuras acabadas sino procesos elaborados a partir de los materiales disponibles en cada momento histórico y sujetos a remodelación por las personas y los grupos. Si escuchamos a los expertos, por ejemplo a los antropólogos enamorados de la diferencia cultural, muchas veces encontraremos “estructuras elegantes y seductoras”, pero si hablamos con las personas ordinarias que padecen, sufren, ponderan y luchan frente a los padecimientos, entonces “el cuadro es mucho menos claro” (Frankenberg, 1994).

Voy a procurar presentar nuestra perspectiva para pensar el concepto de cultura a partir de un examen del modo en que conceptualizamos las respuestas sociales a la enfermedad.

A partir de E. Menéndez (1994) hablamos de la noción de proceso de **salud-enfermedad-atención**.

Se trata de procesos universales ya que los daños, la enfermedad, la muerte, son eventos que ocurren y han ocurrido siempre a lo largo de la historia de las sociedades y constituyen una estructura permanente y necesaria en la producción y reproducción de la vida social (Menéndez, 1994) y que emergen de modos y condiciones de vida y de trabajo diferenciales históricamente y entre sujetos y grupos.

Son, a la vez, eventos y procesos significativos cuya significación está dada por la medida en que quiebran la reproducción en el día a día, el conjunto de las interacciones cotidianas y los sistemas de seguridad básica de los sujetos y grupos.

¿Por qué hablamos o entrelazamos a la salud-enfermedad-atención en un único concepto? Porque procuramos evitar cualquier visión que separe su unidad material y simbólica y para plantear la consideración conceptual simultánea de:

- el daño en su materialidad orgánica, y
- las respuestas afectivas, cognitivas y simbólicas (diagnóstico-clasificación-explicación) y las diversas modalidades de resolución, tanto al nivel individual como colectivo.

Para aclarar esto, presentaré el argumento en otros términos: en inglés hay tres términos que se refieren a la enfermedad.

- *Disease* (patología): anormalidades en la estructura y/o función orgánicas; arena del modelo biomédico (patologías y anormalidades orgánicas).

- *Illness* (padecimiento-dolencia): el conjunto de las percepciones y experiencias de las personas referidas a estados sociales considerados como negativos y que incluyen las patologías orgánicas, pero no están limitadas a éstas.

- *Sickness* (enfermedad): procesos a través de los cuales determinados signos biológicos o comportamentales preocupantes, en particular aquellos que se originan en patologías orgánicas, reciben significados socialmente reconocibles y compartidos. Cada época, cada sociedad, tiene reglas para traducir esos signos en síntomas, para unir sintomatologías con etiologías y modos de intervención. También para utilizar la evidencia y los resultados de intervenciones, para confirmar la legitimidad de esas traducciones (Young, 1982).

Esa traducción de signos, dolencias en enfermedades, en etiologías y modos de intervención, esto es, ese ponerle nombre para designar la anormalidad percibida y definir un modo de intervención sobre ella, es expresión y resultante de la construcción de saberes y prácticas variables históricamente y no exclusivos de los especialistas.

Así, los procesos de la salud-enfermedad-atención constituyen una trama de saberes y de prácticas y abarcan el conjunto de nociones, categorizaciones y prescripciones que dan sentido y modelan las características de las prácticas sociales referidas a la enfermedad y a la muerte.

En esta trama se expresan y se articulan tanto los sentidos que los individuos y los grupos confieren a sus trayectorias de vida singulares -signadas por la experiencia de la enfermedad- como los modos de diferenciar lo normal y lo patológico y modos de concebir el orden y las relaciones sociales que se manifiestan en pautas, valores, actitudes estandarizadas en la vida cotidiana y que pueden (o no) estar estructuradas en marcos institucionales y jurídicos específicos.

En este campo las nociones, categorizaciones y prescripciones de la medicina han subordinado históricamente a otros conjuntos, a otras voces, a otras identidades, a otras prácticas al punto de constituirse como la forma ‘natural’ y ‘verdadera’ de abordar la enfermedad, reconocida e interiorizada por el conjunto de la sociedad y legitimada al nivel del Estado. Aunque no es la única.

La biomedicina puede entenderse como modos históricamente específicos de institucionalización de la atención del sufrimiento, el padecimiento, el daño y la muerte, que se desarrollan a partir del siglo XVIII y que devienen hegemónicos en el siglo XIX (Menéndez, 1990). Esta institucionalización se efectúa sobre la base del paradigma naturalista dominante del siglo XIX. Toma a la ciencia como su base, a la biología como el nivel de análisis y como determinante autónomo de las ocurrencias y al individuo como marco de referencia. Este modelo asociado al progreso y al abatimiento de la enfermedad, se basa en la objetivación del cuerpo que, separado de las experiencias de la vida, pasa a entenderse como máquina cuyo funcionamiento debía conocerse para maximizar su potencial.

Esta objetivación idéntica para todos los cuerpos, separada de las situaciones de la vida, permitió describir su estado normal, pasando a definirse ese “estado normal” como salud (Crawford, 1994). Este modelo *modela* la aprehensión del objeto de trabajo y opera una fragmentación que se inicia en la separación entre mente y cuerpo y que produce el desplazamiento del papel de la experiencia del sufriente, de su situación biográfica particular, de su situación interactiva, de sus modos, de sus condiciones de vida. Y se continúa en la diferenciación de sistemas y órganos y la progresiva especialización de la mirada médica.

Se delimita así un objeto de intervención: un cuerpo, una búsqueda específica: la de una patología, para ir instituyendo a los sujetos que demandan como ‘pacientes’ y a sus padecimientos y sus malestares en ‘caso’ (de enfermedad), con el objetivo manifiesto de curar, de rehabilitar, de mantener y en mucho menor medida de prevenir. Esto se ha denominado el proceso médico de subordinación social, cultural y técnica del paciente, que se define a partir de entonces como lego (o profano).

La atención biomédica, que focaliza en lo biológico, suele considerar los aspectos socio-culturales como factores externos a la enfermedad o que se añaden a la atención como peculiaridades de los pacientes.

Y aunque se suele reconocer la importancia de los factores sociales y culturales e incluso políticos en la vida y reproducción de las instituciones médicas, los profesionales y el personal de salud suelen ignorar u omitir o bien reconocer naturalizadamente tal dimensión sociocultural. Pensemos por ejemplo en los ritos y rutinas de admisión por medio de los cuales se opera la disrupción de los tiempos sociales de los sujetos para ser introducidos y normalizados en el tiempo social de la institución hospitalaria. Es el modo en que la medicina transforma personas en pacientes y crea al paciente como su “otro” y lo convierte en su objeto de intervención a partir de la disrupción temporal y la puesta entre paréntesis de su sociabilidad (Frankenberg, 1992; Margulies y colab., 2003).

Tomemos el espacio de la consulta clínica. El propósito de la medicina clínica es diagnosticar las causas de perturbaciones corporales asimilándolas, toda vez que sea posible, a episodios similares con las mismas combinaciones de signos y síntomas descritos como una enfermedad específica. Y entender los efectos de las mismas en las personas, de modo de acelerar o facilitar la desaparición de esa enfermedad de la persona afectada. El enfoque pragmático es: si el paciente cumple con el consejo médico más o menos rápidamente se convertirá en ex paciente. Para ello se basan en registros y exámenes clínicos, bioquímicos y otros, expresados en términos de números o relaciones estadísticas y se basan asimismo en la palabra del paciente. Los médicos escuchan el relato de la experiencia de la enfermedad del paciente pero selectivamente elicitan a partir de la historia del paciente otra historia, que se enmarca dentro del corpus del saber previamente aprendido en la escuela de medicina y en su práctica profesional.

A partir del siglo XIX, bajo la antigua y aún presente estructura de percepción de la enfermedad, ésta se localiza en el espacio tridimensional de los cuerpos de pacientes individuales. El médico busca lesiones patológicas a través de los síntomas y el examen físico, y el paciente es el portador de esa patología y a su vez su traductor. En el interrogatorio médico, la lesión habla a través del paciente (el paciente como intermediario entre la enfermedad y la mirada médica) (Armstrong, 1987).

A partir de la década de 1950, se identifica una parte de la enfermedad como existiendo en los espacios sociales entre los cuerpos, en las relaciones sociales, y en la clínica se desarrollan nociones y técnicas específicas para monitorear ese espacio. El paciente (que antes era el “historiador” que daba voz a la patología que yacía en su cuerpo) ahora era también quien proveía la evidencia de las enfermedades de los espacios sociales.

Así, se borra la distinción entre cuerpos enfermos y cuerpos sanos y se genera un nuevo modo de “ser paciente” que es la persona como compuesto de “riesgos” y la enfermedad pasa a localizarse también en patrones de comportamientos, en un espacio conceptual multidimensional cuyos ejes serán los determinantes psicosociales de los comportamientos, las creencias y las actitudes y los estilos de vida.

La relación médico-paciente en la medicina contemporánea se encuentra cada vez más subsumida a una economía de la cura y organizada en torno del cumplimiento de una ruta técnica homogénea merced a la cual el médico diagnostica, prescribe, pronostica sobre el devenir de la enfermedad, separando al sujeto de su historia y también de su dolor e incertidumbre (Margulies y colab., 2006).

¿Pero qué es lo que está presente en la palabra del paciente? (Cortés, 1997). Lo obvio: una demanda de cura, prescripción e información. Pero para quien sufre la enfermedad ésta no es simplemente un objeto de conocimiento y reflexión. Es al mismo tiempo un agente “deestructurador de la experiencia” (Good, 1994) que impone un proceso de gestión que sobrepasa la intervención médico-técnica y no se refiere exclusivamente a la toma de la medicación y las exigencias del mundo biomédico. En esa gestión confluyen los procesos particulares, privados, íntimos, la situación de fragilidad y padecimiento propia de la enfermedad y su tratamiento, y también los problemas de la accesibilidad a la atención médica, las dificultades económicas, la discriminación laboral, etc. (Recoder, 2005).

Como la entendemos, en efecto, la enfermedad no ocurre solamente en los cuerpos, sino que acontece en los cuerpos en la vida (Good, 1994) y atraviesa el conjunto de las relaciones sociales en todos los planos. La enfermedad requiere de las personas afectadas una recomposición de la vida cotidiana, la configuración de una nueva normalidad y el desarrollo de estrategias de protección a través de distintas relaciones y soportes sociales.

Las respuestas frente a la enfermedad y los padecimientos involucran así procesos de protección para afrontar, resistir o modificar las condiciones de precariedad y sufrimiento (Grimberg, 2003) y abren la posibilidad de la construcción de elementos de cuidado y de apoyo (Bibeau, 1992).

Estas estrategias, el armado de redes, los recursos desplegados para reorganizar y normalizar la vida con la enfermedad, las modalidades de relación con los servicios de salud y otras instituciones... Menéndez (2003) los refiere como “estructura de la autoatención”. No se trata solamente de actos o acciones individuales, sino de procesos que involucran a sujetos y grupos y en los que “se procesan y sintetizan” la mayor cantidad de actividades de atención de los efectos de las enfermedades, incluida la relación con los servicios médicos, las instituciones del estado y la demanda a otros recursos de atención de la enfermedad, incluidos distintos tipos de curadores. En ella se pone de manifiesto “la capacidad de acción y la creatividad en la búsqueda de soluciones” (Menéndez, 2003: 204).

Desde el punto de vista desarrollado por nosotros en el marco del Programa de Antropología y Salud de la UBA, y siguiendo en esto nuevamente a E. Menéndez (2003), consideramos la necesidad de relevar, describir, analizar esos saberes, para afianzarlos, “poner a prueba la validez de los mismos” y reforzar la capacidad y autonomía de las personas para responder con más eficacia frente al daño, el sufrimiento y la enfermedad.

Desde el punto de vista de las acciones de los sistemas de salud esto supone el reconocimiento del “patrimonio” y la dinámica de saberes y de prácticas involucrados en tales procesos de autoatención, como una parte sustancial de las estrategias y actividades de “educación para la salud” dirigidas al propio personal y profesionales al interior mismo de los servicios.

Y como un modo de poner en cuestión aquella lógica médico-institucional que, centrada en los dispositivos, las estructuras y normativas de los servicios de salud, presenta a los conjuntos sociales como sujetos que demandan, consumen, se adaptan o se desvían de las pautas establecidas, ajenos a los modos específicos de experimentar, interpretar, controlar y resolver sus padecimientos tanto a través como por fuera del sistema médico.

Bibliografía citada

- Alves, Paulo; Rabelo, Miriam y Souza, Iara** (1999). *Experiência da doença e narrativa*. Editora Fiocruz, Río de Janeiro.
- Armstrong, David** (1987). "Theoretical tensions in Biopsychosocial Medicine". En: *Social Science & Medicine*, 25 (11): 1213-1218.
- Bibeau, G.** (1992) "¿Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino para la antropología médica de nuestros tiempos". En: *Cultura y Salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social*. Coedición Instituto Colombiano de Cultura e Instituto Colombiano de Antropología, Bogotá.
- Crawford, R.** (1994). "The boundaries of the self and the unhealthy other: Reflectiones on health, culture and AIDS". En: *Social Science & Medicine*, 38 (10): 1347-1365.
- Cortés, Beatriz** (1997). "Experiencia de enfermedad y narración. El malentendido de la cura". En: *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, 52: 89-115.
- Frankenberg, Ronald** (1980). "Medical Anthropology and development: a theoretical perspective". En: *Social Science & Medicine*, 14 B: 197-207.
- Frankenberg, R.** (1992). "Your Time or Mine: temporal contradictions of biomedical practice". En: Frankenberg, R. (comp.) *Time, Health & Medicine*. Sage Publications, Londres.
- Frankenberg, R.** (1994). "The impact of HIV-AIDS on concepts relating to risk and culture within British community epidemiology: Candidates or targets for prevention". En: *Social Science & Medicine*, 38(10): 1325-1335.
- Good, Byron** (1994). *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press, Cambridge, 1994
- Grimberg, Mabel** (2003). "Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con Vih". En: *Cuadernos de Antropología Social*, 17: 79-100, octubre.
- Margulies, Susana; Barber, Nélica; Adaszko, Ariel y Recoder, Laura.** (2003) *Acceso al sistema público de salud*. Instituto de Estudios e Investigaciones, Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires / Sección de Antropología Social, ICA, FFyL, UBA.
- Margulies, S.; Barber, N. y Recoder, L.** (2006). "Vih-Sida y "adherencia". Enfoques y perspectivas". En: *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 3: 281-300, Bogotá, julio-diciembre.
- Menéndez, Eduardo** (1990). *Morir de alcohol*. Ediciones de la Casa Chata, México.
- Menéndez, E.** (1994). "La enfermedad y la curación. "Qué es medicina tradicional? En: *Alteridades* (UAM-Iztapalapa), Año 4, N° 7, México, 1994.
- Menéndez, E.** (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". En: *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1): 185-207.
- Recoder, L.** (2005) "No se desespere por el cambio... su vida está comenzando ahora". Crónica de una cronicidad: Hiv-Sida, tratamiento médico y vida cotidiana". Ponencia al 1º Congreso Latinoamericano de Antropología, Rosario, 11 al 15 de julio de 2005, publicación en CD.
- Young, Allan** (1982). "The anthropologies of illness and sickness". En: *Annual Review of Anthropology*, II: 257-285.

Restauración y puesta en valor de Capillas de hospitales municipales

**Arq. Yamile García⁽¹⁾
Ing. Pablo L. Diéguez⁽²⁾**

En el año 2001, la Dirección General de Patrimonio, comenzó un Programa de Restauración y Puesta en Valor de Capillas de Hospitales Municipales, dentro del marco de Edificios Representativos de la Ciudad de Buenos Aires, sobre el que se estaba trabajando en investigación y relevamientos.

El objetivo para la DGPAT consistía en trabajar en la salvaguarda del patrimonio edificado, reconociendo en estos edificios un alto valor patrimonial, su singularidad y su alta demanda social, a partir de su implantación dentro del contexto de los hospitales municipales, tres de ellos neuropsiquiátricos.

En aquel entonces, siendo la Directora General la Arq. María de las Nieves Arias Incollá, se creó este programa y se comenzó a trabajar en el rescate de las capillas de los Hospitales Municipales, arbitrando los medios necesarios para llevar a cabo las intervenciones en cada edificio.

Se efectuó el relevamiento de cada capilla, mediante el cual se establecieron las prioridades en las obras a ejecutar, teniendo en cuenta el estado de conservación y riesgo de cada construcción. De acuerdo con las partidas presupuestarias disponibles para el programa, fueron confeccionados secuencialmente los pliegos técnicos y las cotizaciones para cada caso.

1. Arquitecta. Coordinación área técnica. Estudios de postgrado en Conservación del Patrimonio. Dirección General de Patrimonio
2. Ingeniero. Asesor estructural. Profesor de grado y postgrado Universidad de Buenos Aires. Dirección General de Patrimonio

El Director de la Dirección General de Infraestructura, Arq. Álvaro Arrese, en función de los proyectos elaborados por la DGPAT, dio curso a las licitaciones que pondrían en marcha las obras.

Se comenzó primero por la Capilla del Hospital de Emergencias Torcuato de Alvear y en segunda instancia se encararon las obras en la Capilla del Hospital Moyano.

En el caso de las capillas de los hospitales Moyano y Rivadavia, las intervenciones debieron ser parciales, consolidando aspectos en mal estado de conservación que representaban un riesgo, como estructuras e instalaciones eléctricas, entre otros rubros. El abordaje diferenciado en las obras estuvo en función de las necesidades prioritarias a partir de los factores de riesgo y de los recursos disponibles.

En el caso de las capillas de los hospitales Ramos Mejía y Alvear las intervenciones fueron integrales, efectuando tratamientos en todo el edificio y neutralizando las causas de sus patologías.

La DGPAT en coparticipación con la DGINFR, ha ejercido el rol de contralor patrimonial e inspección de las obras respectivamente, para optimizar la ejecución de las obras de puesta en valor.

Pero cabe destacar, que la acción corresponde a un equipo multidisciplinario formado por arquitectos, restauradores, ingenieros, arqueólogos, museólogos, historiadores, médicos y capellanes que han hecho posible la recuperación de estos edificios como una **“construcción social”**.

Los objetivos

Se enumeran los objetivos sobre los cuales la DGPAT ha propuesto acciones dentro de su programa:

- Recuperación del edificio para el uso del hospital y su comunidad.
- Intervención integral con prioridad de tratamientos focalizados en aquellos rubros que se consideran de riesgo para el edificio y sus usuarios.
- Refuncionalización en condiciones seguras y sin riesgos para su uso.
- Intervenir en edificios de alto valor patrimonial que sin tutela y mantenimiento han sido afectados, no sólo en su arquitectura y componentes, sino en su destino y función.
- Restauración y puesta en valor de las características arquitectónicas originales.

La Dirección de Patrimonio ha intervenido en las capillas de los hospitales municipales, a fin de conservar el patrimonio edificado, priorizando la “Dimensión Social” como un objetivo básico devolviendo este patrimonio para el uso de la comunidad, concibiendo la recuperación de estos edificios como una “construcción social”

Los temas

Estos establecimientos hospitalarios tienen su origen en las últimas décadas del siglo XIX y principios de siglo XX y se fundan a partir de la atención sistematizada con base en la administración, por parte de dos organizaciones no gubernamentales: Hermandad de la Santa Caridad y Hermandad Bethlemitica.

Las Capillas de los Hospitales Municipales constituyen dentro de su entorno hospitalario, **un espacio contenedor**, un lugar que no sólo involucra la fe religiosa, sino la atención espiritual de los pacientes y sus familias, y se extiende a la comunidad del hospital y su barrio. En el caso de los hospitales neuropsiquiátricos estas capillas son hogares donde las familias reciben, además, contención afectiva.

De modo que el rescate de edificios, pertenecientes al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, significa que además de **recuperar su función original**, es decir la realización de oficios o misas y celebraciones religiosas, podrían realizarse otros eventos, como culturales o educativos, y promocionar a su vez **la concientización de la comunidad de preservar un patrimonio**. Recuperar el vínculo de lo intangible con lo tangible. En otras palabras, la unión de la tradición y el edificio.

La Dirección de Patrimonio ha elaborado el Programa donde involucra acciones que surgen por la existencia de “necesidades” de los hospitales y su comunidad, y no sólo se trata de aportar meras soluciones sino también beneficios, sumar acciones para revitalizar un espacio con funciones sociales: rescate de valores arquitectónicos singulares; asistencia espiritual a pacientes y familiares; vínculo de la infraestructura hospitalaria con su comunidad por medio de visitas guiadas y eventos; integración como dignos ejemplos de una arquitectura sanitaria identificatoria y local, ya como parte de la trama urbana o integrando y potencializando espacios verdes.

Los procedimientos

Cuando se habla de los procedimientos de una intervención, “**la metodología**” que se ha seguido en forma sistemática es la siguiente:

- **Relevamiento fotográfico.**
- **Documentación, planimetrías y digitalización.**
- **Investigación e informe histórico.**
- **Detección de los desajustes.**
- **Diagnóstico: estado de conservación.**
- **Documentación fotográfica del estado actual de cada componente del sistema.**
- **Mapeos digitalizados de alteración individualizando y representando patologías: Detalle gráfico y visual de desajustes.**
- **Propuestas de restauración.**

- **Elaboración de Pliegos Técnicos.**
- **Gestión para la Licitación y evaluación de ofertas.**
- **Ejecución de Obra.**

Cabe destacar que, en algunos casos, la documentación antigua conseguida en los hospitales como material fotográfico o planimetría ha sido definitoria en el momento de decidir por criterios de intervención. En algunos casos nos ha servido para “leer” el edificio a través de su historia, ya que los estudios estratigráficos de por sí “no dicen”, de no contar con una interpretación de los antecedentes históricos. Las investigaciones in situ, también han sido definitorias a la hora de determinar un tratamiento a seguir. En algunas capillas con más éxito que en otras, donde la información obtenida no ha sido suficiente.

Los diagnósticos

Los diferentes sistemas constructivos de las capillas de los Hospitales Municipales, aún cuando sean tradicionales, varían entre sí por la época de ejecución de las obras, con rasgos que los diferencian en cada caso y la impronta particular de cada edificio, relacionada con su ubicación y su entorno.

A causa de ello se presentan diversas patologías en estas construcciones, como consecuencia del degrado o vulnerabilidad de las técnicas aplicadas en las épocas de construcción de cada edificio.

Por otro lado, influye la falta de mantenimiento en la mayoría de los casos: intervenciones desacertadas, siniestros o simplemente la degradación de los materiales por el paso del tiempo.

Todo lo anterior ha generado desajustes en los edificios que poseen estructura de mampostería portante con cubierta de ladrillos y chapas, bovedillas sobre tirantes de madera, perfiles de acero o cabriadas de madera.

Las lesiones más comunes observadas en todos estos edificios son humedades ascendentes, filtraciones provenientes de cubiertas, colapso de revoques, instalaciones eléctricas obsoletas, deterioros en ornamentaciones y vitrales, desajustes en carpinterías, mobiliario, pinturas murales, estucos, etc.

Las obras

La Dirección de Patrimonio ha intervenido en diferentes etapas de avance en cada edificio.

En algunas ha sido posible concluir con tratamientos definitivos y en otras se ha podido intervenir sólo con procedimientos acotados o parciales, a la espera de poder trabajar la obra en forma completa.

Las obras se ejecutaron en :

- Capilla Hospital Torcuato de Alvear
- Capilla Hospital Moyano
- Capilla Hospital Ramos Mejía
- Capilla Hospital Rivadavia
- Capilla Hospital Borda

Detalle de las tareas ejecutadas en cada capilla

Capilla Hospital Alvear

Warnes 2650, La Paternal

Data de 1913. Autor: arq. Bouvard, Joseph Antoine

Etapas de obra: 1º 2001/2, 2º: 2003/4, 3º: 2005

Tareas realizadas³

Se comenzó primero con los trabajos para la restauración de los cuatro vitrales mayores y los cuatro menores de la nave, los cinco vitrales del ábside y el rosetón de la fachada principal. Luego se desarrolló una etapa de intervención en toda la superficie de la cubierta: se revisó en su totalidad el maderamen, tejas y piezas constitutivas. Se trataron los muros de carga, y se reemplazaron zinguerías, babetas y juntas con el objetivo de lograr la estanqueidad de las superficies. Fueron eliminadas y repuestas todas las piezas deterioradas. Se removió la cubierta de asbesto cemento en el ábside y se cubrió con chapas metálicas.

En una segunda intervención se trabajó en los muros exteriores efectuando: limpieza por hidrolavado, eliminación de musgos, líquenes y vegetación invasiva, tratamiento de fisuras y microfisuras. Se prosiguió con la reposición de revoques faltantes con morteros análogos a los existentes. El tratamiento final se hizo con pintura hidrorrepelente. Posteriormente, se limpió el interior del templo y se procedió a realizar una pintura en su interior; se aplicaron veladuras sobre el ábside y las molduras para lograr la profundidad del símil piedra; se realizaron las líneas de separación de bloques con la técnica del “Tromp d’œil” y se pintó la superficie de los paramentos con el primer tono encontrado por cateos efectuados en distintos niveles. En una tercera etapa de obra se efectuó la reparación de bancos, confesionario y mobiliario y, posteriormente, se llevó a cabo la restauración de doce imágenes.

La obra quedó concluida en el año 2005.

3. Obras cuyos proyectos fueron elaborados y supervisados por la Dirección General de Patrimonio. La gestión del proceso de licitación y la inspección de obra, fueron realizadas por parte de la Dirección General de Infraestructura, del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Capilla Hospital Ramos Mejía

Urquiza 609 – Balvanera

Época de construcción estimada: 1927

Etapas de intervención: 2007-2008

Tareas realizadas*

Las tareas siguieron una planificación de acuerdo con el pliego técnico, que abarcaba la parte envolvente y su interior. Se comenzó con las cubiertas realizando tratamiento hidrófugo en la cúpula, en ábside, se recuperaron tejas, se limpió la torre, en la cual se trataron los perfiles exfoliados por procesos corrosivos y se repuso material faltante.

Respecto de las fachadas se realizó una limpieza integral de todas las superficies exteriores, incluyendo decapado de pinturas sobre símil piedra. Se hizo recuperación de revoques colapsados en los basamentos y sellados de craquelés. En el interior del templo se efectuó el decapado de las sucesivas capas de pinturas, parches y reposiciones de materiales incompatibles. Se consolidó la base para la reposición de pinturas a la cal, con el objetivo de liberar la respiración de las superficies de los muros. En esta etapa, durante los cateos estratigráficos, se produjo el hallazgo de pinturas subyacentes. En el ábside fue posible su rescate, logrando restaurar unas inscripciones doradas a la hoja. Se incorporó un box vidriado en el acceso, a los fines de preservar la temperatura en el interior. Con el mismo objetivo, se instalaron calefactores, ya que el templo está la mayor parte del tiempo abierto.

Otras de las instalaciones fue la colocación de una rejilla perimetral en solado exterior, para evitar la acumulación del agua de lluvia en los basamentos, se hicieron intervenciones en instalaciones eléctricas y de gas y también se recuperó el revoque símil piedra y se restauraron las carpinterías. Con la intervención se estabilizó el edificio, neutralizando aquellas causas que dieron origen a sus desajustes principales.

Las obras quedaron concluidas en diciembre de 2007.

Capilla Hospital Rivadavia

Av. Las Heras 2670 – Recoleta

Autor: Enrique Alberg.

Colocación de la piedra fundamental: 1880

Inauguración: 1887.

Tareas realizadas

En el año 2004, se realizó una importante consolidación estructural en el interior de la capilla a partir de la existencia de desprendimientos producidos en las bovedillas, como consecuencia de la corrosión de sus perfiles metálicos estructurales afectados por la humedad.

Hubo que efectuar una impermeabilización integral de la cubierta, reparar las cañerías verticales de desagüe, rehabilitar la zinguería y sellar las chapas en la cúpula, reforzar con planchuelas de vigas de hierro y aplicar tratamiento anticorrosivo en los perfiles de la bovedilla.

Está prevista su restauración con proyecto integral para 2008.

Capilla Hospital Moyano

Brandsen 2570 – Barracas

Época de construcción: últimas décadas de 1800

Etapas de intervención: 2003- 2004

Tareas realizadas

2003-2004

Cubierta: revisión y reparación de chapas y sellado general de todas las uniones longitudinales y transversales. Revisión y ajuste de elementos de sujeción

Estructura de madera: consolidación y refuerzo de la estructura de madera de la cubierta que había sido afectada por un incendio parcial. Limpieza de hollín en cabriadas, cerchas y entablonado, refuerzos de puntales y tirantes, rigidización de arcos de sostén del antiguo ciellorraso con listones y tensores. Desmonte de estructura de aluminio con placas.

Electricidad: re acondicionamiento de la instalación eléctrica que estaba en condiciones riesgosas y precarias, acondicionamiento de instalación existente y recableado general en toda la capilla. Colocación de nuevo tablero con puesta a tierra, llave térmica y disyuntor diferencial, desmonte de tendido precario sobre retablo y acondicionamiento de nueva iluminación. Pintura: en mampostería, sobre el nivel de moldura superior.

Escalera de madera: reconstrucción de la escalera de madera de acceso al entrepiso del coro, reconstrucción de la escalera con tramos colapsados. Con el criterio de mínima intervención se hicieron refuerzos estructurales como sistema de soporte y se respetó su morfología, material y dimensiones.

Actualmente se está trabajando sobre un proyecto de restauración y puesta en valor y en una gestión para que la obra, en forma integral, pueda ser licitada en el transcurso del presente año.

Capilla Hospital Borda

Ramón Carrillo 375. Barrio de Barracas

Época de construcción: década de 1960

Tareas realizadas

La DGPAT ha trabajado en la gestión para la intervención de este templo desde el año 2004.

Debido a desajustes en la cubierta, especialmente por filtraciones, se habían producido importantes degradaciones de los elementos de la estructura de madera del templo.

Por tal razón resultó necesario apuntalar en distintos puntos las piezas estructurales de la cubierta, tareas que fueron realizadas por la Dirección General Guardia de Auxilio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Actualmente se trabaja en un proyecto de restauración y puesta en valor, para una nueva licitación.

Conclusiones

El abordaje en esta temática a lo largo de los últimos años nos revela problemáticas propias de la realidad de nuestra sociedad actual.

La falta de mantenimiento periódico de los edificios, intervenciones que no son adecuadas, o carencia de conocimiento acerca de la importancia del mantenimiento preventivo, resultan negativas para la conservación de nuestro patrimonio.

Muchas veces los cambios en las administraciones, la falta de concientización por parte de las autoridades de los hospitales y de la comunidad, se agravan con insuficientes partidas presupuestarias destinadas al mantenimiento edilicio.

Por una parte, cuestiones de seguridad relativas al buen funcionamiento que son una verdadera necesidad, y por otra, el alto valor que estos edificios representan, sea por su antigüedad o por valores artístico-arquitectónicos frente a los grandes deterioros, aspectos constantes que convergen en este tipo de obras.

Las intervenciones no son meros tratamientos sino un trabajo multidisciplinario de diversos especialistas, que beneficia y enriquece a la comunidad en el reconocimiento de aquello que nos identifica: la arquitectura sanitaria de nuestro país.

Reconocer nuestro patrimonio para poder conservarlo.

Area Técnica Dirección General de Patrimonio Equipo Técnico de Trabajo

1º Etapa – 2001/2/3/4

Arq. Silvia Rickert, Arq. Guillermo García, Arq. Elina Tassara

2º Etapa – 2004/5/6/7

Arq. Yamile García, Ing. Pablo Luis Diéguez, Arq. Paula Pietranera

Payasinopsis

Dr. José Pelucchi ⁽¹⁾

Introduccion

Payamédicos es una Asociación Civil sin fines de lucro cuya misión es contribuir a la salud emocional del paciente hospitalizado. Para tal fin utilizamos recursos psicológicos y artísticos relacionados con juegos, música, teatro, técnica de clown, magia y el arte humorístico en general.

El grupo está coordinado y supervisado por médicos y psicólogos con experiencia en niños y adultos internados por diversas patologías orgánicas.

Historia

En 1994 ensayaba la obra de teatro *Seresleves* con el director Javier Margulis; como era un espectáculo muy tierno decidí mostrar algunas escenas a pacientes internados en la Terapia Intensiva del Hospital Udaondo con la idea de mejorar su estadía en la internación, desdramatizar el imaginario de “crueldad” del lugar y fortalecer la relación medico-paciente. Tiempo después, dado los resultados exitosos y el aliento que provocó el estreno de la película *Patch Adams* convoqué a algunos miembros de Los Rivas, grupo de teatro dedicado a Prevención de la Salud, integrado por profesionales Y que se había originado en el Hospital Rivadavia. Actualmente el grupo conforma el elenco estable de teatro de la Facultad de Medicina de la UBA. Con ellos se formó *Hospiteatro* que realizaba puestas de teatro breve frente a la cama de pacientes adultos

1. Medico especialista en Terapia intensiva, Ecografista y Psiquiatra, clown, actor y director. Cooordinador de la Escuela de Teatro y Salud y el Grupo de Teatro de la Facultad de Medicina, Director Artístico de Payamédicos

internados en el Hospital Udaondo. Al poco tiempo conocí a la licenciada Andrea Romero, del Servicio de Psiquiatría infanto-juvenil del Hospital de Clínicas. Ella había vivido en Ginebra y estudiado el trabajo de payasos hospitalarios europeos y quería implementar un abordaje desde el arte en nuestro país. Con dicha profesional fundamos *Payamédicos* y comenzamos el estudio teórico-práctico de la técnica de clown y su aplicación al paciente internado. Tomamos clases con la profesora Cristina Moreira, que introdujo la enseñanza de clown en nuestro país en los años 80, luego de formarse en París con el maestro Jacques Lecoq y transmitimos esa técnica al resto del grupo.

Metodología

Una jornada de payamédicos consta de tres etapas: A) el payapase, donde se recopilan los datos y se elabora una estrategia terapéutica. B) intervención propiamente dicha al lado de la cama del paciente. C) Payabalance: supervisión grupal y en ciertas ocasiones personal.

La individualización, privacidad y especialización de las intervenciones de Payamédicos requieren de la información que brindan los equipos médicos, la que incluye:

- Nombre y edad del paciente, lo que permite personalizar la intervención.
- Diagnóstico médico, por cuestiones de higiene sanitaria y posibles limitaciones a la intervención.
- Evolución de la enfermedad, estado actual y pronóstico.
- Situación anímica del paciente y su familia.

Siempre se le solicita al paciente su consentimiento, nunca se trabaja por imposición.

En pacientes con internaciones prolongadas se realiza un seguimiento teniendo en cuenta sus necesidades, las de su familia y del equipo médico asistencial.

Los Payamédicos están preparados para garantizar el respeto y la confidencialidad que requiere el medio sanitario y el hospitalario en particular, basándose en un Código Deontológico que nuclea a las distintas asociaciones de payasos hospitalarios en todo el mundo.

Para tal fin se forman en el dominio de tres áreas estrechamente relacionadas: artística, psicológica y su adaptación al medio hospitalario.

La risa y las endorfinas

Estudios por imágenes demostraron que la risa asociada a un fenómeno de subjetividad activa diferentes sectores del sistema nervioso más que la risa mecánica.

Algunos trabajos antropológicos y de anatomía comparada y de comportamiento en monos postulan que la risa cumple primariamente una función social, como indicador que el espécimen no se acerca con fines agresivos, sino por una connotación afectiva.

El acto de reírse está vinculado al aumento de niveles de endorfinas. Las mismas también se incrementan durante el ejercicio, algunas comidas, el acto sexual y situaciones de relajación. Se ha confirmado recientemente que el efecto placebo también se asocia a un incremento de endorfinas.

El efecto de estas moléculas es el de la mayoría de los opiáceos, una “morfina endógena” que ayuda al organismo por ejemplo a soportar una situación límite donde el dolor o la disnea lo paralizaría. Se describieron casos de pacientes con anorexia nerviosa severa que antes de obitar caminaron varias cuadras enérgicamente y este hecho se asoció con la secreción de endorfinas, además del estado adrenérgico.

Esta acción inmediata de las endorfinas puede comprobarse cuando después de una intervención de Payamédicos donde el paciente rió copiosamente, se reducen o anulan los requerimientos de sedantes, hipnóticos y analgésicos en general, incluidos los opioides.

Recientemente se detectaron receptores para péptidos en células del sistema inmune que incluyen las endorfinas. Asimismo, se descubrió que dichas células también sintetizan endorfinas (actividad que se creía exclusiva del SN).

El estado de ánimo optimista

Existen varios trabajos multicéntricos, con muestras numerosas que comprobaron la asociación estado de ánimo optimista con mayor sobrevida y menor morbilidad en varias enfermedades (por ejemplo cáncer de mama) También se observa el incremento de ciertas enfermedades orgánicas en pacientes con depresión.

Tanto el estado de ánimo favorable, como el aumento de niveles de endorfina en sangre, han sido vinculados a la mejoría en la evolución y pronóstico de enfermedades infecciosas y neoplásicas.

Si es a través de las endorfinas y/o de otros mediadores no está aún comprobado pero en el estado de ánimo optimista se postula una incidencia sobre el sistema inmunológico a través de forzar la balanza a un equilibrio adecuado en el metabolismo de las linfoquinas, interleuquinas y leucotrienos, mediadores químicos que actúan sobre el dolor, procesos inflamatorios y alergia y guardan relación con el envejecimiento.

Para los Payamédicos provocar risa es relevante en el contexto de una mejoría continua del estado de ánimo del paciente hospitalizado, por eso se realizan visitas dos veces por semana durante toda la internación.

Vínculo y encuadre

A diferencia de organizaciones de payasos de otros países integradas por artistas contratados, en Payamédicos la composición es mayoritariamente de médicos, psicólogos y estudiantes de ambas carreras, con una rigurosa formación artística. Una de las herramientas fundamentales de la técnica es el vínculo que se establece con el paciente. En otros países los payasos de hospital no conocen la situación social, familiar y factores psicológicos individuales con los cuales Payamédicos trabaja y visita a un paciente una sola vez para evitar el vínculo con un ser humano sufriendo que posiblemente se agrave, fallezca o se irá de alta; de esta manera las organizaciones “protegen” a los artistas de ese impacto. Contrariamente, Payamédicos basa gran parte de su tratamiento en fenómenos transferenciales. Para esto hay supervisiones luego de cada intervención por parte de psicólogos o psiquiatras en las que se analiza lo que sucedió con el paciente y también a la persona del payamédico. El territorio relacional que se produce ayuda a que el paciente acepte las indicaciones del equipo de salud, suaviza la estadía en el hospital y es en sí terapéutica. En sus últimas opiniones acerca de la transferencia y la cura, Freud llegó a afirmar que toda cura es transferencial.

Aunque flexible, los Payamédicos cuentan con un encuadre que amortigua los posibles exabruptos transferenciales y los previene. El vestuario, la actitud y el discurso guardan los recaudos necesarios para evitar incentivar aspectos eróticos o agresivos. Toma la ética encarnada del clown que tiene como premisa jamás hacer pasar un mal momento al espectador. Hay un especial cuidado en el uso del vocabulario, no se utilizan “malas palabras” están totalmente descartados términos como enfermedad, muerte, cáncer; también se evitan significantes que en personas que pasan varias horas pensando en su padecer puedan tomar una dirección unívoca, por ejemplo “final”, “viaje”, “perder”, etc.

Subjetividad

En el abordaje de pacientes adultos hospitalizados, no sólo incorporamos la risa y el humor a la vida nosocomial, también intentamos que la internación no interrumpa el proceso de producción de subjetividad. Además de cómicas y tiernas, las intervenciones teatrales contienen cierto grado de ambigüedad que estimula la imaginación del paciente-espectador y promueve siempre su participación activa. El imaginario con el que se aborda a cada paciente se basa en su historia, lugar de origen, gustos, pasatiempos, deseos. De esta manera el paciente retoma elementos de sí, mas allá de lo referente a su padecer actual. Freud decía que cuando a una persona le duele la muela el “yo” se aloja en la muela, es habitual que un paciente operado exhiba a todos su herida quirúrgica incluso dejando de lado el pudor. Esta situación sumada a fenómenos regresivos, apuntala la posición pasiva de objeto manipulable por el personal del hospital. Payamédicos intenta devolver al “paciente” el status de una persona que está atravesando una situación de hospitalización.

Catarsis

Tanto en adultos como en niños, Payamédicos realiza números donde participan los pacientes, estimulando la catarsis como paso fundamental previo a la elaboración de la situación de internación que entendemos como disruptiva y potencialmente traumática, teniendo en cuenta que la institución hospitalaria reprime o por lo menos no facilita la expresión y la descarga.

Los médicos, enfermeras e incluso familiares quizá desde su propia angustia bloquean el llanto o gritos de los niños. En el adulto con algunas diferencias sucede algo parecido y muchos profesionales se molestan cuando el paciente grita o maldice ante el dolor o simplemente por el tedio de una internación prolongada.

Payamédicos favorece la catarsis desde la sublimación, poniendo en juego la risa o la descarga motora desde el juego.

Desdramatización

Mediante eventos teatrales humorísticos y utilería especializada se intenta desdramatizar la situación “cruel” de la internación, el entorno hospitalario y los elementos e instrumental médico, muchas veces dolorosos o atemorizantes. Se confeccionan objetos como la “jeringaraca” (mitad jeringa –mitad maraca) el “chatarrango” (chata con cuerdas de guitarra) el “estetosflorio” (estetoscopio que en lugar de campana tiene una flor en el extremo distal). Los guardapolvos y el resto del vestuario son de colores alegres para contrarrestar el gris de hospital. Los nombres de los Payamédicos también reúnen un aspecto médico y otro de fantasía o ternura: Dra. Flora Susana Sana, Dra. Valentina Vitamina, Dr. Verdín Vakunín, Dr. Nicasio Potasio, etc.

En todos los lugares, a todas las edades

Además de las generalidades que caracterizan a la hospitalización cada especialidad médica requiere de enfoques especiales, así como también los distintos grupos etarios y los diferentes lugares de un hospital (sala de espera, terapia intensiva, sala general, hospital de día, etc.)

En niños se tiene en cuenta las diferentes edades, adquisiciones psicomotrices y correlato con etapas del desarrollo psicosexual, tanto para elegir la modalidad del abordaje como para colaborar con el equipo tratante en el diagnóstico y la estimulación.

En el caso de los adultos mayores tenemos en cuenta el enlentecimiento de la función perceptiva y trabajamos con mayor proximidad y estímulos apropiados.

Con pacientes en estado de coma se realizan sonidos, canciones, estímulos táctiles y se menciona su nombre de pila. Hay estudios que demuestran que las aferencias nerviosas se conservan aún cuando los eferentes están afectados, es por ello que si el paciente mejora y sale del coma muchas veces recuerda situaciones percibidas durante ese estado y si fallece recibió el acompañamiento necesario.

Memoria

Uno de los grupos de estudio e investigación internos de Payamédicos está realizando un trabajo teórico - práctico de ejercitación y rehabilitación de la memoria. Basado en los descubrimientos acerca de la neurogenesis en el hipocampo y su incremento con la resolución de pruebas de laberinto en ratas, se realizan ejercicios de teatro lúdico y otros gráficos donde se comprueba el desarrollo o recuperación parcial de esta compleja función cognitiva.

Colaboracion con el equipo de salud

Payamédicos no es una medicina alternativa, es una herramienta complementaria a la medicina vigente que también ejercen sus miembros. El trabajo está articulado con el equipo de profesionales del hospital y a disposición del mismo. En muchas ocasiones los Payamédicos lograron que pacientes posquirúrgicos adultos que se negaban a comer -aún cuando habían recuperado su tránsito intestinal- lo hicieran, niños que resistían la medicación la tomaron con Payamédicos. Es notable el caso de una adolescente operada de cifoescoliosis a quien los traumatólogos le indicaban que comenzara a caminar para acelerar su recuperación, la paciente argumentaba que no podía hacerlo porque le dolía, pero los colegas no encontraban la causa de dicho dolor. Era evidente el cambio de estatura al corregirse el defecto de la columna y en un momento del ciclo vital donde conviven el niño y el adulto la paciente se encontró con un físico de mujer no acorde con su esquema corporal. Payamédicos intervino con un “Safari turístico” por el hospital, donde había diversos eventos teatrales separados por varios metros y sin darse cuenta, distraída por el juego la paciente recorrió todo el hospital de Clínicas riéndose. En un momento dijo: - ¡Uy, puedo caminar!- A los dos días se fue de alta.

Si bien el objetivo fundamental de los Payamédicos es el paciente, una vez que se colocan la nariz roja y caminan por el pasillo del hospital hacia la cama del mismo, interactúan con todas las personas del edificio, desde personal de limpieza, familiares, médicos, enfermeros, técnicos, etcétera, todos afectados por el entorno angustiante del nosocomio.

Acompañar siempre

No todo se puede medir (¡por suerte!) y muchos de los resultados de Payamédicos no se estratifican en gráficos y estadísticas pero son valorables por el sentido común. En una ocasión un paciente adulto seguido por Payamédicos en el Hospital

Udaondo, se agravó y pasó a terapia intensiva; con él siempre se trabajaba un imaginario de expedición submarina para desdramatizar su tratamiento con máscara de oxígeno y porque le gustaban los peces. Cuando los Payamédicos lo visitaron en UTI los colegas pensaban que era en vano por su estado general, porque estaba en ARM, porque estaba agonizando. Los Payamédicos recortaron unas bolsitas color naranja que cubrían los sueros y crearon pececitos de colores que luego de trepar una pila de mesas y sillas pegaron en el alto techo de la UTI, el único lugar hacia donde el paciente dirigía su mirada aparentemente perdida. En un momento sucedió algo maravilloso: el paciente se rió con el tubo endotraqueal inserto en su boca. Dos horas después falleció.

Verdaderos galenos

A la medicina, porque la queremos la criticamos. Y es que el positivismo vigente, sumado a la racionalización e intelectualización con que los médicos nos defendemos al enfrentarnos al imaginario de enfermedad y muerte del hospital, contribuye a la cosificación del sujeto internado. Lejos de llamar al paciente por su nombre de pila, en el mejor de los casos nos acordamos del apellido, pero por lo general nos referimos por ejemplo al “hígado de cama 3”. Payamédicos predica una medicina mas humana, menos cartesiana y trata de influenciar al equipo de salud desde una micropolítica de la ternura. Queremos recuperar el funcionamiento de aquel médico de familia que conocía la subjetividad de sus pacientes, que se alegraba con sus alegrías y empatizaba con sus fracasos personales.

Payamédicos y resciliencia

El clown es un género dentro del teatro que se sitúa entre la tragedia y la comedia.

Aristóteles decía en *La Poética* que en el héroe trágico había un proceso de identificación por parte del pueblo por sus virtudes y una expiación de sus culpas ante su final trágico, lográndose un efecto de catarsis. En la comedia, el personaje es “criticado” por el actor y también por el espectador generándose una distancia crítica que permite burlarse por ejemplo del pobre “cornudo” sin entrar en resonancias personales.

El clown es un personaje encarnado que el actor lleva y enriquece durante toda su vida, esta cercanía actor-personaje permite una identificación con el espectador a la que se agrega la exposición de la vulnerabilidad, la torpeza, el poder reírse de uno mismo y la rebeldía de decir y hacer cosas que otros piensan o desean y no se animan.

Pero a diferencia del héroe trágico, el clown siempre tiene una solución para sortear los obstáculos, una solución clown, por supuesto. Lo que para la estética dominante es un defecto, para el clown es una herramienta estética. Por ejemplo: tengo un pie grande calzo zapatos número 46 pero eso para mi clown es una gran ventaja porque puede dormir parado y esquiar sin esquí o andar en canoa con sus zapatillas.

Desde Platón (428-347a.C.) en *El banquete* hasta hoy nuestro pensamiento se articula solamente desde el deseo como falta. La cultura faltosa impregnó ciertas tendencias del psicoanálisis desde el énfasis en la castración y es funcional a una sociedad de consumo que nos vende objetos faltantes. Pero la parte que falta completar del “rompecabezas” está determinada por la grilla de inteligibilidad que la ideología dominante nos impone. Esa es la expresión molecular del poder.

Con estas bases filosóficas, para trabajar con un diabético que le amputan la pierna, donde la falta es tan literal, solamente nos quedaría como estrategia terapéutica reforzar su tolerancia a la frustración.

El clown demuestra que también hay un deseo inmanente a la producción, lo que Giles Deleuze denomina *producción deseante*. No falta nada, todo está por producirse. No solamente ve la parte llena del vaso, no hay vacío sino un espacio para la creatividad. Los Payamédicos están entrenados para funcionar de esta manera personalmente desde su clown y hacia el paciente en un proceso denominado “payasización”, donde se exaltan los aspectos sanos conservados y se explota la plasticidad para la creatividad de cada sujeto.

Por supuesto que los Payamédicos dicen, hacen, generan imágenes y agenciamientos y muchos de sus efectos terapéuticos se encuentran en el orden de lo no verbal y de lo ininteligible.

Lo interesante del concepto de *resiliencia* es que la solución al problema no se encuentra en obtener o recuperar lo que falta en un sistema de referencia dado, no hay que buscarla, hay que producirla y entrenarse en esa gimnasia. Eso es lo que intenta Payamédicos.

Proyectos en curso

Actualmente se está realizando un trabajo de investigación en Terapia intensiva, Clínica y Cirugía del Hospital Bonorino Udaondo, donde se evalúa el tono adrenérgico antes, durante y después de las intervenciones de los Payamédicos, mediante métodos no invasivos: tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura periférica y saturación periférica de oxígeno.

Hospitales visitados

Actualmente Payamédicos cuenta con 110 integrantes y trabaja en los hospitales Bonorino Udaondo (gastroenterología de adultos), Marie Curie (oncológico), Álvarez (adultos y niños), Clínicas (pediatría), Muñiz (niños con inmunodeficiencia), Sor Ludovica de La Plata (pediatría) y Bouquet Roldan de Neuquén.

“Podrán pensar que somos locos, pero no somos los únicos”.

Movimientos Artísticos. Arte y Salud

Lic. Mariángeles Funes⁽¹⁾

Introducción

En el presente trabajo, con el objetivo de rescatar, conservar y revalorizar las dimensiones artísticas que se recrean en los ámbitos hospitalarios llevadas adelante por terapeutas que utilizan un eje artístico como herramienta, enfocaremos las estrategias de atención de la salud que incluyen en el proceso terapéutico alternativas como la dancaterapia y el teatro, entre otras, en los recorridos en búsqueda de salud y de complementariedad terapéutica. En este contexto exploraremos la relación entre arte y salud y las interacciones culturales que se producen en el medio hospitalario y, a su vez, fuera del mismo.

Considerando las perspectivas de los diversos actores sociales que intervienen en el proceso, analizaremos la importancia que tiene el contexto socio-cultural en la enfermedad, la curación, el tratamiento y la rehabilitación.

Los recorridos terapéuticos van en busca de tratamientos holísticos, ya que la biomedicina carece de esta perspectiva totalizadora, combinándose los servicios de salud ofrecidos por la medicina oficial con otras prácticas. En muchos casos se procede a partir del autotratamiento (Kleinman, 1980), pasando por varias alternativas hasta

1 Mariángeles Funes es Becaria Doctoral FONCyT. Se licenció en Folklore en el IUNA (Instituto Universitario Nacional de Arte), siendo el tema de su tesina *"La atención de la salud en el área Metropolitana. Opciones y complementariedad terapéutica en búsqueda de la salud"* y actualmente se encuentra realizando una Maestría en Cultura y Sociedad, Mención Concepciones de la Salud en el CAEA (Centro Argentino de Etnología Americana). Trabaja en los siguientes proyectos de investigación: *La selección y combinación de medicinas alternativas en el área metropolitana y la provincia de Entre Ríos. Terapias termales, reflexología, reiki y yoga.* Proyecto de Investigación en el marco del Programa de Incentivos a Docentes Investigadores 2007-2010; *Medicinas tradicionales y alternativas en el área metropolitana de Buenos Aires, Cuyo y NOA. PICTO 2007 y Cuidado en el hogar, complementariedad terapéutica y otras dimensiones involucradas en la atención de la salud de personas con enfermedades que amenazan la vida.* CAEA (Centro Argentino de Etnología Americana) – Instituto de Investigaciones Médicas "Alfredo Lanari" – UBA. 2007.

que el paciente recupere la sensación de bienestar y/o la salud, observándose esto claramente en los recorridos terapéuticos que los usuarios realizan, seleccionando y combinando diversos tipos de prácticas terapéuticas según su criterio ante los males que los aquejan, siendo la combinación la actitud más común entre los usuarios, aún en aquellos que se encuentran hospitalizados en instituciones oficiales (Idoyaga Molina, 2000; Luxardo, 1998, 1999).

Los sistemas etnomédicos (Good, 1987) conforman diversos sistemas médicos según la región, a través de procesos históricos y tradicionales. La selección, combinación o el uso paralelo encuentra sustento en las representaciones culturales que los usuarios tengan de la enfermedad y de su cura. La combinación de medicinas en búsqueda de salud se realiza utilizando simultáneamente dos o más terapias, otorgándole una valoración especial a la acción de sumar las mismas para el tratamiento de la enfermedad desde una visión totalizadora, entendiéndose por uso paralelo a la asistencia simultánea a dos o más medicinas para tratar aspectos diferentes dentro de una misma experiencia de enfermedad (Idoyaga Molina, 2002).

La producción científica en esta temática aún es pobre y este trabajo junto con otros, intenta comenzar a llenar ese vacío. Los estudios realizados apuntan –por medio del estudio cualitativo de configuraciones y estilos culturales- (Douglas, 1998) a aportar las experiencias de los mismos actores que intervienen en el proceso terapéutico utilizando el arte como herramienta terapéutica.

Antecedentes

La complementariedad terapéutica se desarrolla en países centrales y periféricos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la utilización de todos los recursos disponibles en las sociedades para la atención de la salud, especialmente en el tercer mundo. Hoy la pluriculturalidad debe constituirse en una alternativa de convivencia, oponiéndose a los monismos de tipo evolucionista. Esta idea de la multiplicidad terapéutica es aceptada y practicada de manera exitosa en los países centrales, donde la biomedicina y la investigación sobre el tema tienen un mayor desarrollo tecnológico.

El concepto de Arteterapia refiere al conjunto de prácticas clínicas, ocupacionales o formativas que tienen como herramienta terapéutica algún lenguaje artístico, tomando como eje la interacción entre sujeto-representación-terapeuta (Toscano-Gómez, 2005). Los enfoques teóricos que dominan son el gestáltico, el humanístico y los modelos psicoanalíticos. Actividades arteterapéuticas se utilizan para preservar al paciente en el *stress* postraumático, derivado de intervenciones quirúrgicas, teniendo especial consideración en aquellos casos que afectan la imagen corporal, considerando cómo repercute psicológicamente la enfermedad, en tanto las expectativas futuras del individuo y el desequilibrio emocional en el nivel individual y en su entorno familiar y social.

En los estudios realizados por Bromberg (2004) sobre la intervención arteterapéutica en pacientes oncológicos en el área metropolitana de Nueva York, los resultados señalaron una reducción en los síntomas de dolor y ansiedad.

En Europa y en Estados Unidos se implementan programas de Arteterapia como ofertas del sistema sanitario, para dar a pacientes oncológicos una mejor calidad de vida. A manera de ejemplo, podemos citar las actividades que realiza el Hospital Infantil Niño Jesús de Madrid desde hace más de 10 años, a cargo de la terapeuta Fernanda Delgado (Toscano-Gómez, 2005). Y a partir de un proyecto de investigación realizado en Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla afirman que el Arteterapia proporciona una mejor aceptación de los problemas asociados con el diagnóstico del cáncer. Éstos señalan como conveniente que las autoridades sanitarias tengan en consideración la implementación de programas arteterapéuticos en los hospitales, como el sistema de salud británico, que cuenta con programas de salud arteterapéuticos para el tratamiento del cáncer.

Entre las actividades que en nuestro país se desarrollan como alternativas terapéuticas encontramos experiencias como el Programa Barrial de Salud Mental, iniciado por el Lic. Campelo en el año 1985 en el Hospital Pirovano bajo el lema “La enfermedad no impide la salud”, dentro del servicio de psicopatología y salud mental, trabajando con una población que presenta patologías críticas como lesiones neurológicas, adicciones, enfermos psiquiátricos ambulatorios, entre otros malestares en el nivel físico, social y emocional. La enfermedad es entendida en este contexto como un estado provisorio o definitivo en el que a la vez se hace manifiesta una dimensión de la salud. Campelo realizó trabajos en los que informa sobre casos de enfermos con gran invalidación y patologías crónicas que alcanzaron el mejoramiento de su calidad de vida, concibiendo a la enfermedad como un episodio excepcional de la salud.

El director de los grupos de ayuda mutua del Hospital Pirovano, Lic. Espeche, indica que se trabaja la salud mental fomentando por medio de su praxis “sanar el vacío de ser” que genera la gran ciudad y los hábitos de consumo, que día tras día se incrementan y quitan a los actores sociales la capacidad de generar vínculos, de crear cultura. La salud y la cultura encierran en sí mismas la idea de *generación* y trascienden al sujeto y se desarrollan en la interacción social de múltiples formas.

Lenguajes que expresan salud

La atención médica en los centros de salud, en la mayor parte de los casos, ofrece controlar el dolor físico y otros síntomas, pero no incluye en su accionar terapéutico medida alguna para prevenir el aislamiento social que genera el proceso de enfermedad en el paciente. El enfermo debe ser considerado en su contexto social y cultural, ya que forma parte de un entramado social que le brinda recursos para redefinir su calidad de vida y necesita de herramientas que le ayuden a descubrirlo.

El arte, según los testimonios recabados, actúa como canalizador de emociones y colabora activamente en la recuperación y acompañamiento de aquellos que se encuentran afectados por alguna enfermedad. La periodista Cecilia Wall durante el año 2006 realizó una nota a la que tituló: “El asombroso poder curativo de la risa”, en la que destacaba que hay personas que individualmente u organizadas en asociaciones concurren voluntariamente a centros de salud, centros de menores, centros culturales o simples casas de familia en las que se reúnen para expresarse a través de diversos lenguajes artísticos.

Entre éstos, Payamédicos es una asociación que por medio de la combinación de herramientas psicológicas y artísticas como el teatro, técnicas de clown -payaso-, magia, música y juegos generan un momento de humor y distensión en el cual se pueda “desdramatizar el medio hospitalario”, tal como lo señala la Lic. Romero que desde el año 2003 realiza esta actividad en distintos hospitales.

Otra asociación que bajo objetivos similares se desarrolla desde 1999 es la Red Maso, que lleva solidariamente la magia a centros médicos, escuelas y otras instituciones sociales.

Con la misma antigüedad en sus actividades el grupo JugArte, bajo la dirección de la Lic. Tayara, en el Hospital de Clínicas, ofrece a los niños que se encuentran internados participar de juegos plásticos con el fin de recrear la situación que están atravesando desde otros lugares incidiendo positivamente en su estado emocional.

El Coro Kennedy, el 24 de diciembre, en las vísperas de Nochebuena, tiene su cita obligada con los niños del Hospital Ricardo Gutiérrez, brindando un momento de alegría a quienes tienen que pasar las fiestas internados.

María Fux, coreógrafa y danzaterapista señala desde su experiencia en el trabajo con hipoacúsicos y con personas mayores que a través del movimiento creativo se producen “cambios” positivos frente a las posibilidades de integración con su medio social, encontrando una manera sana de conectarse con su realidad, con su presente y con los otros. Estos cambios se generan en el plano físico, psíquico, emocional y social del individuo, bajo el estímulo de las “zonas dormidas” del cuerpo, favoreciendo la libre expresión de las emociones, los miedos y angustias que oprimen al enfermo.

La Red Argentina de Salud Mental, que funciona orgánicamente desde 1995, encuentra que el arte es una herramienta válida para el tratamiento de problemáticas en salud mental. Opera como un vehículo de integración social, como lo han demostrado en más de una oportunidad los festivales organizados por los Talleres Creativos Artísticos del Hospital “A. Korn” entre otras instituciones (Red Argentina de Arte y Salud Mental, 2000).

Cuidados paliativos, una propuesta interdisciplinaria

La Fundación Pallium⁽²⁾ surge en el año 1988 contando con un reducido número de profesionales insertos en el Hospital “Dr. Carlos Bonorino Udaondo”, éstos inician un programa pionero de cuidados paliativos atendiendo necesidades bio-psico-sociales de pacientes terminales y sus familias. Luego se concreta la creación del Equipo de Cuidados Paliativos y nace en el año 2001 el Programa de Cuidados Paliativos del “Hostal de Malta” que incluye la puesta en marcha de un Centro de día, el primero de estas características en América del Sur, específicamente focalizado en cuidados paliativos. El centro de día brinda a pacientes con diagnóstico oncológico avanzado un tratamiento holístico en el que se considera, además de la sintomatología física, el sistema de creencias y valores en que esta inserto el paciente, su estado emocional y el de su familia, como también la realidad social por la que atraviesa. El servicio asistencial que prestan apunta hacia la recreación del día a día del enfermo por medio de diversas actividades vinculadas con la expresión del arte, favoreciendo la socialización del enfermo y la reflexión en un marco de relación interpersonal, satisfaciendo necesidades físicas, psíquicas, emocionales y sociales. Aportando contención y alivio en el sufrimiento y una mejor calidad de vida. Su búsqueda es reafirmar la vida sin negar el proceso de enfermedad por medio de actividades artísticas como la pintura, la escultura y la música, entre otras, alimentando la creatividad.

Como en la mayoría de los casos relevados, se llega a tener conocimiento de este tipo de tratamiento por el consejo de alguna persona del entorno social del enfermo o de su familia, no porque haya una difusión oficial de los programas en cuestión.

La opinión del biomédico que asiste al paciente resulta importante a la hora de sugerir algún tipo de atención especial. Profesionales del trabajo social y del área médica son los encargados de seleccionar voluntarios entre especialistas del ámbito artístico como de las llamadas terapias alternativas (yoga, masajes, reiki, etc.), que son directamente recomendadas por los biomédicos en algunos casos (Saizar, 2002, 2003). La aprobación de otras terapias y la difusión de creencias que tienen su origen en otras sociedades, es una situación común en las sociedades actuales. Haciendo referencia a la sociedad estadounidense Good (1987) nota que ante enfermedades de larga duración las personas buscan diferentes terapias alternativas y complementarias, asistiendo a clases de yoga y a otros tratamientos derivados de religiones orientales, entre otras muchas posibles.

Utilizar trabajos manuales como canalizadores de las emociones, desarrolla las capacidades corporales a través de las manos y privilegia la idea de salud sobre la enfermedad, incidiendo positivamente en la calidad de vida del enfermo. Estas actividades son descriptas como un “ida y vuelta” entre quienes coordinan las actividades y quie-

2 Organización asociada al Oxford International Centre for Palliative Care (UK) y a la Universidad del Salvador (RA).

nes concurren a las mismas, ya que no sólo repercuten favorablemente en la vida de quienes asisten a este tipo de tratamiento, sino que también reconfortan a quienes lo dirigen, evidenciándose un crecimiento a nivel anímico y espiritual (Funes, 2006). En estos talleres se genera un espacio de pertenencia, en el cual integrados al grupo, los enfermos llegan a compartir sus vivencias, resolviendo la carencia de contención que experimentan en muchas ocasiones durante el proceso de enfermedad.

Los familiares son quienes aseguran la concurrencia de los enfermos, por las consecuencias que se observan iniciado el tratamiento, en tanto una mejor reinserción en su entorno social, los cambios de actitud positivos en las tareas que desempeñan para ellos y para los demás y en su estado emocional, favoreciendo que el entorno estimule y apoye el desarrollo de estas actividades. La enfermedad brinda la posibilidad de reflexionar sobre algunos aspectos de la vida (incluido el temor a la muerte), siendo necesario brindar herramientas para exteriorizar los miedos que los procesos de enfermedad generan, en una sociedad en la que la aceptación de estos estados se realiza transitando por procesos de angustia o depresión, tanto por parte del enfermo como de su familia.

Según Bruce Miller la actividad artística desde el lenguaje plástico con sentido terapéutico aporta a las personas con enfermedad terminal:

a) la expresión de su ira, su aceptación o su temor ante la muerte, de una forma que convierta dicha expresión en algo admisible.

b) la expresión visual, en comparación con otras formas de comunicación, puede manejar la expresión de lo infinito y lo siniestro de un modo inaccesible al lenguaje.

c) las imágenes visuales son capaces de trabajar a muchos niveles y de expresar al mismo tiempo ideas y sentimientos aparentemente contradictorios; esta facilidad puede ser algo vital para el enfermo terminal, quien quizás manifieste sentimientos ambivalentes con respecto a su propio estado y necesite expresar la ira y la depresión o la aceptación y el miedo en una misma imagen.

El Dr. De Simone en la conferencia que dictó en el año 2006 sobre “Cuidados paliativos en pacientes con neoplasias ginecológicas” señalaba que este tipo de acercamiento terapéutico intenta centrar la atención en el paciente y no en la enfermedad, trabajar por una mejor calidad de vida para el enfermo mediante un tratamiento holístico que considere lo físico, el aspecto psicológico, lo social y lo espiritual en un accionar interdisciplinario. Los Cuidados Paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y su familia en enfermedades que amenazan la vida, mediante la temprana identificación y evaluación precisa del dolor y otros problemas físicos, psico-sociales y espirituales. Esta intervención se pueden efectuar en el curso de la enfermedad en complementariedad con otros tratamientos, incluyendo los estudios que tratan de comprender y

manejar de manera más efectiva las complicaciones clínicas que provocan sufrimiento (OMS, 2002). Florence Nightingale (1888) señala: *“Casi nunca se aprecia el efecto que los objetos bellos tienen sobre la enfermedad. Es posible que sepamos muy poco sobre el modo en que la forma, el color y la luz nos afectan, sin embargo sabemos que tienen un efecto real. Son medios reales de recuperación.”*

En Cataluña en el año 1996 se llevó adelante el Proyecto Demostrativo de la OMS sobre Cuidados Paliativos en el sistema de salud; de su informe resultó que *“los Cuidados Paliativos agregan valores importantes al sistema de salud como la actitud hacia el cuidado integral, la promoción de la autonomía y dignidad de la persona enferma, la reintroducción de la familia, los equipos interdisciplinarios, el sistema distrital de asistencia y la satisfacción de los pacientes y sus familiares”*.

Conclusión

La idea de salud suele asociarse al tratamiento médico oficial de la misma pero este concepto es entendido por los actores sociales desde múltiples lugares que son considerados saludables y que mejoran la calidad de vida de los mismos. Esta búsqueda de bienestar es recreada continuamente desde diversos sectores sociales, dentro de los centros de salud como fuera de los mismos.

La “experiencia cultural comunitaria” actúa de sostén y brinda las herramientas necesarias para regenerar la salud, la sensación de bienestar, la realidad y el estado emocional. No formar parte de esta interacción social de valores culturales aliena al individuo. La experiencia cultural de la vida social, diría Winicot (1972), entra en contacto con la realidad psíquica interior por medio de una zona intermedia, que conforma una parte de la vida del hombre que no puede ignorarse y en la que lo simbólico adquiere sentido. El hombre es la suma de sus experiencias culturales, por esta razón es necesario, para encontrar la vida digna de ser vivida, que se desarrolle esa zona intermedia que es la del juego. *“La experiencia cultural comienza con el vivir creador, cuya primera manifestación es el juego”* (Winicot, 1972).

El arte, en todas sus formas de expresión, hace posible momentos de recreación y juego. Toda praxis en salud debe ser necesariamente colectiva. *“La lucha por la salud no es sólo lucha contra la enfermedad sino contra los factores que la generan y refuerzan”* (Pichon-Rivière). La valoración positiva de las estrategias de complementariedad terapéutica por parte de las instituciones de salud abre una nueva puerta de comunicación, entre servicios y profesionales oficiales por un lado y las expectativas de la gente que, sin que medie esta posibilidad, desarrolla estrategias en virtud de decisiones y saberes contruidos socialmente y que son, por ende, intersubjetivos.

Referencias bibliográficas

- Douglas, M.** *Estilos de Pensar*. Barcelona: Gedisa. 1998. Fundación Pallium, www.pallium.org
- Funes, M.** “Opciones y complementariedad terapéutica en búsqueda de salud”. En: *Los caminos Terapéuticos y los rostros de la diversidad. La selección y combinación de medicinas en la Argentina*. Anitilde Idoyaga Molina (compiladora), Editorial Espacio/CAEA, Buenos Aires, en prensa. 2006
- Fux, M.** *Danzaterapia*. www.mariafux.com.ar
- Good, Ch.** *Ethnomedical Systems in Africa*. Nueva York: The Guilford Press. 1987
- Idoyaga Molina, A.** “La calidad de las prestaciones de salud y el punto de vista del usuario en un contexto de medicinas múltiples”. *Scripta Ethnologica*, XXII. 2000
- *Culturas enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*. Buenos Aires: CAEA-CONICET. 2002
- Kleinman, A.** *Patients and healers in the context of culture*. University of California. Press: Berkeley. 1980
- LA NACIÓN.** *El asombroso poder curativo de la risa*, Suplemento solidario, Pág. 6. 2006
- Luxardo, N.** “El cientificismo y las modalidades de atención en los centros de salud”. *Scripta Ethnologica*, XX. 1998
- “Salud, prevención y cultura”. *Folklore Latinoamericano*. Tomo II. Buenos Aires: Confolk. 1998
- “Los centros de Salud: Equilibrios y desequilibrios en la oferta y la demanda de servicios”. *Folklore Latinoamericano*. Tomo III. Buenos Aires: Confolk. 1999
- Programa de Salud Mental Barrial del Hospital Pirovano.
www.talleresdelpirovano.com.ar
- Saizar, M.** “La relación médico paciente. Conflictos cotidianos desde la perspectiva del usuario”. *Conceptos. Boletín de la Universidad del Museo Social Argentino*. 2002
- “El yoga y los discursos sobre la salud. Relatos de usuarios y especialistas en Buenos Aires (Argentina)”. *Mitológicas*. 2003.
- “En búsqueda de la salud y el bienestar. La selección de terapias en sectores medios y urbanos de Buenos Aires”. *Kallaway*. 2003.
- Toscano, P.- J. Gómez.** “Arteterapia en el tratamiento de cáncer de mama. La práctica del arteterapia”. En: *Encuentros con la expresión*. 2005
- Winnicott, W.** *Realidad y Juego*. Gedisa. Barcelona. 1972
- World Health Organization.** *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Genova: World Health Organization. 2002.

Capítulo 3

Gestión de museos en hospitales

Museo Histórico Hospital Nacional de Clínicas

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba. República Argentina

Dra. Norma Cremades ⁽¹⁾

Haciendo perdurar la medicina en el tiempo

El museo, creado el 21 de diciembre de 1995, se encuentra ubicado en el interior del Hospital Escuela de la Facultad de Ciencias Médicas y fue declarado Monumento Histórico Nacional en diciembre de 1996.

Cumple con los objetivos de un museo contemporáneo haciendo que su espacio físico sea no sólo un centro de contemplación del pasado histórico-médico sino también un foco investigador cultural-educativo al servicio de la sociedad. Además tiene la función propia de reunir, conservar y exhibir instrumentos, aparatos y objetos de épocas pasadas o contemporáneas en el área de las Ciencias de la Salud y ofrece como anexo el servicio de una biblioteca y un centro de información y documentación especializado.

Entre las actividades del Museo Histórico se encuentra el dictado anual de la asignatura Historia de la Medicina para el pre y el post grado. Hemos realizado un trabajo estadístico en el pre grado con los alumnos que se inscribieron en los módulos, desde octubre de 1995 a noviembre de 2005. La estadística demuestra el interés de los estudiantes que, como futuros profesionales, son conscientes de la necesidad de completar su formación científico-técnica con los contenidos humanísticos de la historia de la medicina.

1. Doctora en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Córdoba. Profesora Adjunta por Concurso la Cirugía y de Historia de la Medicina. Directora del Museo Histórico Hospital Nacional de Clínicas. Fue Becaria en Europa por la Fundación Pablo Luis Mirizzi. Ex Secretaria de la Sociedad Argentina de Escritores de Córdoba. Secretaria del Instituto Sarmiento de Sociología e Historia. Miembro del Comité Ejecutivo de la Red de Museos y Centros de Ciencia de la Universidad Nacional de Córdoba.

El 5 de mayo de 1998 la Universidad Nacional de Córdoba unió en red a los 16 museos de sus diferentes facultades, con el propósito de convertirlos en lugares de vital importancia para la conservación del acervo histórico-cultural, en beneficio de la comunidad y lograr una mejor integración e intercambio de conocimientos.

Desarrollo

El Museo Histórico Hospital de Clínicas está encargado de establecer la continuidad del saber de las ciencias de la salud, en el tiempo y en el espacio, bajo los aspectos histórico-filosóficos, académicos y culturales.

El lema que guía su accionar es el siguiente: *“Seré escudo para detener el viento que quiera borrar las huellas de los hombres que forjaron con su accional la historia de la Facultad de Ciencias Médicas”*.

El Museo está estructurado como un centro de educación patrimonial, para reafirmar el concepto de que “debe ser cada vez menos lo que tiene y cada vez más lo que hace”, si bien es cierto que el aumento progresivo de su patrimonio material nos hace posible ampliar el panorama de investigación y educación.

La función educativa formal y no formal es prioritaria en la política, organización y funcionamiento del museo, a fin de:

- a. Dar a conocer la riqueza histórica de su patrimonio.
- b. Ayudar a los profesores y estudiantes a desarrollar los programas de la currícula académica.
- c. Realizar visitas, secciones prácticas y proyectos de investigación.
- d. Satisfacer a la audiencia con exposiciones permanentes o temporarias.
- e. Concientizar a la audiencia del valor del patrimonio para legarlo a las generaciones venideras.

El proceso de comunicación en el Museo Histórico está dirigido a:

1. Audiencia activa, representada por grupos específicos, de nivel universitario, secundario o terciario (docentes y alumnos). Los alumnos vienen acompañados por el profesor, en un número no mayor de treinta estudiantes y se mantiene con ellos una eficaz interacción.
2. Audiencia pasiva o público en general, que viene a veces sin motivación previa, solos o en familia.

Para ambas audiencias (activa y pasiva) se ofrecen las “lecciones con objetos”, que consideramos de gran utilidad porque dan lugar al desarrollo de capacidades sensoriales y perceptivas, como también de aptitudes de reflexión y juicio.

Otra forma de impartir conocimientos es mediante el desarrollo de lo que llamamos Estrategias de Enseñanza Aprendizaje en el Museo. Se trata de una serie de propuestas ajustadas a los programas de la educación formal de otras instituciones educativas de nivel universitario, secundario o terciario.

Objetivos generales: custodiar, conservar y exhibir testimonios científicos o culturales.

El Museo cuenta con instrumentos y aparatos que sirvieron para la investigación o la enseñanza de las diferentes cátedras de medicina. Algunos aún sirven para que los estudiantes realicen los prácticos correspondientes (quirúrgicos, ginecológicos, ópticos). Los aparatos obsoletos permiten comprender la evolución de la ciencia y la técnica, como también evocar la ansiedad de un experimento o las dificultades hoy superadas. De esta manera se cumplen los objetivos de custodiar, conservar, exhibir y difundir.

Objetivos específicos

Académicos: a) enseñar Ciencias de la Salud; b) estimular la investigación histórico-médica.

Científico-culturales: a) ateneos; b) módulos de historia de la medicina; c) exposiciones de artes plásticas, fotografía o posters; d) teatro

Extensión: a) cursos de actualización o perfeccionamiento; b) pizarra de efemérides y actividades mensuales; c) apoyo docente para otras especialidades; d) servicio de biblioteca y archivo.

Objetivos específicos académicos

a) **enseñar Ciencias de la Salud** en los diferentes niveles. Se inicia la visita de los grupos, con un recorrido y reseña histórica del Hospital Nacional de Clínicas. Se hace referencia a sus primeros directivos, el Prof. Pedro Vella y los Dres. Ernesto Romagosa y Clemente Rius. Es el primer hospital escuela de la Facultad de Ciencias Médicas donde se forman o perfecciona un importante número de alumnos. La visita al Museo se orienta a la observación de cada una de sus vitrinas, resaltando lo más significativo, con el propósito de estimular la reflexión y el juicio crítico positivo, entre el pasado y el presente.

b) **estimular la investigación histórico-médica.** Numerosos trabajos de pre y post grado son generados, orientados y consolidados en el Museo. La Facultad de Ciencias Médicas creó en el año 2000 las Jornadas de Investigación Científica, las que se repiten en el mes de diciembre de cada año. Participan de ellas las diferentes cátedras y sus investigadores y el Museo Histórico ha contribuido hasta la fecha con cuarenta trabajos de investigación.

Objetivos específicos científico-culturales

a) **ateneos.** Son reuniones mensuales de sesenta minutos de duración, para tra-

tar temas relacionados con la historia, la filosofía o la bioética. En otras oportunidades se discuten ponencias relacionadas con los avances de la ciencia o la técnica. Los ateneos están a cargo de profesores universitarios invitados, con una amplia experiencia en el tema y, otras veces, actúan como relatores los propios docentes del Museo.

b) **Módulos de historia de la medicina.** Esta materia no está incorporada a la currícula académica de las Facultades de Medicina del país. Es asignatura optativa del pre grado y obligatoria en el post grado, para aquellos aspirantes a la docencia universitaria, mediante la adscripción en las diferentes cátedras. El módulo tiene una duración de cuarenta horas reloj. Se exige el 80 % de asistencia a las clases y un trabajo monográfico para regularizar la materia. La redacción de este trabajo surge de la visita a un museo, seleccionado por el alumno de acuerdo con sus propias inquietudes, de un listado propuesto con antelación. Consideramos a la historia de la medicina como una materia de gran valor formativo, normativo y ético. Proporciona las bases humanistas, de filosofía y de cultura general que jerarquizan el ejercicio de la profesión. Se correlaciona la terminología médica vigente, las enfermedades antiguas de actualidad y las terapéuticas aún válidas. La aceptación de los alumnos por la materia se ha puesto en evidencia durante el transcurso de esta década mediante el análisis de las cifras de inscripción y asistencia.

Año	Cantidad de alumnos
1995	25
1996	198
1997	294
1998	348
1999	348
2000	239
2001	244
2002	210
2003	225
2004	230
2005	249

c) **exposiciones.** Se han desarrollado con el criterio de que el arte es fundamental para la medicina, así como la medicina y otras Ciencias de la Salud lo son para el arte. El Museo Histórico Hospital Nacional de Clínicas patrocinó dos exposiciones de artes plásticas, de artistas médicos, en los años 2003 y 2005. Una muestra fotográfica dedicada a los barrios que circundan el Hospital (barrios Clínicas y Providencia) en mayo de 2006 y varias exposiciones de pósters, generados por trabajos de investigación en el Museo y que se exponen en las galerías del Hospital. d) **Teatro.** Representa un factor importante en la vida cultural de una sociedad y su beneficio no sólo depende de su valor literario. El teatro obliga a pensar, conmoviendo al público, sobre todo cuando desea transmitir conductas de prevención. Es el caso de dos oportunidades, en los años

2003 y 2004, que recibimos la visita y actuación del Teatro de la Universidad de San Juan. Pusieron en escena las obras *No me pasa nada*, de Nélida Ballo (tema aborto) y *Tratar de comprender*, de Norma Acerbi Cremades (tema SIDA). Se trata de obras cortas que actúan como motor disparador. Luego se reúne un panel de expertos que propicia una interacción con el auditorio sobre los temas de tantanta importancia médico social.

Objetivos específicos de Extensión

a) **Cursos de actualización o perfeccionamiento.** En beneficio de la audiencia activa o pasiva, el Museo Histórico ha desarrollado numerosos cursos: en unión con el Museo de Antropología, de la Facultad de Filosofía y Humanidades, el curso *Antropología e Historia de la Medicina* (año 2000). *Importancia de las Humanidades Médicas* (año 2001). *Maestros de la medicina de Córdoba* (año 2002). *Uso de las herramientas de búsqueda en los centros de información* (año 2003). *Conservación preventiva del patrimonio en soporte papel* (año 2004), en colaboración con el Centro Regional de Preservación y Conservación del Patrimonio Cultural en obras sobre papel. *Taller de formación de usuarios de la información en Ciencias de la Salud* (año 2005). *Taller de redacción y diagramación de los trabajos científicos* (año 2005). *La biblioteca y el archivo como centros de información en el Museo* (año 2006), en conjunto con la Escuela de Bibliotecología, Facultad de Filosofía y Humanidades. *Guías de Museos de Ciencias de la Salud* (año 2006). *Uso de las herramientas de búsqueda en los centros de información del Museo* (año 2006). *Recuperando la memoria de los barrios desde el Museo* (año 2006).

b) **Biblioteca y archivo.** Es fundamental para el desarrollo de las actividades museológicas contar con el apoyo de una biblioteca especializada y un archivo de documentos. Además es importante la cooperación con otras instituciones similares (Biblioteca Central de Medicina, Biblioteca Mayor de la Universidad Nacional de Córdoba, Archivo de la Provincia y de la Nación. El Museo, la Biblioteca y el Archivo son tres instituciones ampliamente vinculadas por el objetivo común de custodiar y difundir un patrimonio. La Biblioteca del Museo Histórico cuenta con obras clásicas de los siglos XVII AL XIX y contemporáneas (siglo XX), para ser leídas en sala, en préstamo a domicilio o en préstamos inter-bibliotecarios (ABUC Acuerdo de Bibliotecas Universitarias de Córdoba). Contiene además tesis de doctorado, revistas especializadas y separatas de trabajos científicos. Pertenece a BIBLIOMED (Bibliotecas Médicas de Latinoamérica y España), que facilita el material bibliográfico solicitado por el usuario cuando la biblioteca no lo posee. El Archivo guarda la documentación administrativa del Hospital, desde sus comienzos, y los curriculum vitae de los profesores de la Facultad de Ciencias Médicas.

c) **Apoyo docente para otras especialidades** no relacionadas con las Ciencias de la Salud. La gama de consultas y asesoramiento es muy variado, para alumnos y docentes de Turismo, Arquitectura, Ciencias de la Información y otras.

d) **Pizarra de efemérides y actividades mensuales.** Se encuentra amurada a pocos metros de la entrada del Hospital para recordar a los benefactores de la humanidad y además anunciar las actividades del Museo.

Gestión de información en el Museo

El Museo Histórico se enriqueció hace varios años con el uso de Internet, proporcionando un medio para la comunicación digital, transformando radicalmente la relación entre el Museo y su audiencia.

La página web (www.museohnc.fcm.unc.edu.ar) en tres idiomas (español, francés e inglés) permite:

- Proporcionar información sobre historia, recursos y funcionamiento
- Descarga de material educativo para alumnos y docentes
- Intercambio con otros museos

La gestión de información permite:

- Registro informático de piezas, libros y documentos
- Codificación secuencial
- Registro de donaciones
- Seguimiento de restauraciones
- Proyecto de exportar las bases de datos a la página web

Cooperación interinstitucional

La Universidad Nacional de Córdoba (UNC), considerando que los museos son herramientas educativas necesarias para ser articuladas entre sí y con otros niveles de enseñanza, inicial y media, organiza desde 1998 la Red de Museos y Centros de Ciencias. Se agrupan en la actualidad 16 museos con sede en las distintas facultades: Ciencias Médicas, Derecho y Ciencias sociales, Arquitectura, Urbanismo y Diseño, Ciencias Exactas, Física y Naturales, Filosofía y Humanidades, Matemática, Astronomía y Física.

La creación de la Red de Museos Universitarios de Córdoba ha proporcionado múltiples beneficios, tales como remodelaciones edilicias, modernización del equipamiento informático y designación de personal especializado (bibliotecólogos, informáticos, museólogos).

La Red está coordinada por el Subprograma Museos y Centros de Ciencia, que forma parte del Programa Sarmiento de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la UNC. Su interés fundamental es promover el conocimiento de los museos en el seno de la comunidad y difundir sus potencialidades como instituciones educativas de gran valor.

Con el propósito de divulgar las actividades de los Museos Universitarios se desarrolló desde el 5 de julio de 2006 y hasta el 9 de abril de 2007 una exposición titulada

Tesoros de los Museos Universitarios en el Museo Histórico de la Universidad Nacional de Córdoba. Sus relaciones científicas con la Librería Jesuítica. Se trata de una experiencia pionera de unión entre museos hermanos, que seguramente se continuará repitiendo.

Marketing en el Museo

El marketing es necesario para dar a conocer el patrimonio y la gestión del museo como institución educativa. Es decir, fomentar la visita al Museo, la Biblioteca y el Archivo, difundiendo sus actividades. Esto se obtiene mediante:

- Anuncio de actividades en la prensa local y canal televisivo de la Universidad
- Organización de eventos (muestras de pintura, poesía, fotografía y teatro)
- Cartelería y folletería
- Afiches publicitarios de cursos, módulos y jornadas
- Publicación de libros
- Pizarra de efemérides y actividades mensuales

Conclusiones

Todo Museo de Ciencias de la Salud, fuere universitario provincial, municipal o nacional, debe lograr comunicar su labor de conservación del patrimonio; su función de investigación y su gestión como generador de conocimientos para distintos niveles de la sociedad. Es decir, debe ser una institución dinámica y activa al servicio de la comunidad. Para lograr esto será necesario:

- Captar nuevos públicos
- Incorporar nuevas tecnologías de información
- Realizar marketing cultural permanente
- Propiciar integración en red con otros museos
- Mantener fluida comunicación con autoridades universitarias

Museo Instituto Malbrán: Etapas de su creación

Dra. Angélica Teyssié ⁽¹⁾

La Asociación Cooperadora desde su creación en el año 1990 se propuso como objetivos:

- Obtener los recursos necesarios para la continuidad y refuerzo de las distintas actividades que realizan dentro del Instituto, como así también hacerlas conocer en el ámbito de la comunidad mediante la publicación de boletines informativos dentro y fuera de la Institución. El Instituto fue inaugurado en julio de 1916 y está ubicado en Av. Vélez Sarsfield 563, Ciudad de Buenos Aires constituyendo hoy el Centro Nacional de referencia en el área de Microbiología.

- Al comenzar con las tareas tendientes a la puesta en valor de la Institución se pensó en la creación de un área relacionada a mostrar la trayectoria, logros, dificultades y trascendencia comunitaria, nacional e internacional de las labores desarrolladas en el Instituto. Para ello se propuso crear un museo que reúna elementos y equipos de trabajo que fueron utilizados en distintas épocas, así como también material bibliográfico propio de la Institución.

¿Cómo surge la idea del proyecto?

Visto el importante papel que tiene para nuestro país las labores que realiza el Instituto Nacional de Microbiología “Carlos G. Malbrán”, se considera de suma impor-

1. Dra. Bioquímica (UBA). Especialista en el Campo de la Virología. Ex jefa Dto. Virología del Instituto Malbrán. Investigadora del CONICET. Docente de la Facultad Ciencias Exactas y Naturales. Becaria de la UICC (Union Internacional contra el cáncer). Prof. Invitada del Instituto Pasteur de Paris para estudio de Virus Papiloma Humano. Actualmente es Presidenta de la Cooperadora del Instituto Malbrán.

tancia jerarquizar la trascendencia de la Institución, al promover la creación de un Museo que salvaguarde y atesore su historia, su identidad sus elementos, aparatos, material bibliográfico original y documentos de decisiones administrativas de trascendencia y que configuren un registro histórico fehaciente de los adelantos llevados a cabo por personal que trabajó mas de ocho décadas en el Instituto.

- Además exponer la labor actual, vinculada a la Ciencia, Técnica y Salud Pública, a través de visitas guías a la institución, tanto para las actuales generaciones que comienzan las carreras Universitarias como también a los estudiantes del nivel secundario y a toda la comunidad.

- Elevado este proyecto de la Cooperadora a las autoridades de la institución, el mismo es aceptado y dada la importancia institucional de la propuesta, a través de la disposición N° 727/2005, se crea la Comisión Pro-Museo integrada por agentes del Instituto, miembros de la Comisión Directiva de la Cooperadora y profesionales no relacionados con la institución.

- La Comisión Museo tiene como funciones salvaguardar y poner en valor todo aquel material, inventariarlo y mostrar cuales fueron sus utilidades en el ayer y así se pueda justipreciar y reconocer la labor hecha por pioneros de la microbiología en el país. Esto será la base para poner en marcha nuestro Museo.

- Por otra parte es esencial poner de relieve las tareas de desarrollo realizadas que generaron en mas de una oportunidad técnicas y conocimientos que fueron pioneros en distintas épocas, por lo que resulta importante preservar y poner en valor hacer los elementos con los que aquellas tareas científicas fueron ejecutadas.

- Para poder concretar la mencionada inquietud es necesario contar con un espacio físico dentro de la estructura edilicia dentro del predio del Malbrán, para lo cual las autoridades han asignado la Torre del Instituto como lugar definitivo para el funcionamiento del Museo.

Existe en la actualidad un lugar transitorio (la antigua imprenta) que se viene ocupando, mientras se restaure el lugar definitivo.

- La propuesta entonces es: realizar un Museo interactivo y participativo, con visitas guiadas entre jóvenes y científicos donde se jerarquice aquel pasado nacional, es lo que nos motiva a tal proyecto.

-Ahí se mostrará el gran aporte que significó para la sociedad y la comunidad científica el Instituto Malbrán y así las nuevas generaciones, a la luz de este presente con su gran avance tecnológico, podrán apreciar el enorme valor de ese pasado y su carga de creatividad.

-Museo e Instituto establecen un diálogo entre pasado y futuro a sabiendas que no hay uno sin el otro. Nuestra misión es que se preserven en el Museo estos 90 años de existencia a través de su patrimonio tanto edilicio, como los elementos representativos de la actividad científica de las distintas personalidades que pasaron por nuestro Instituto y que constituyeron grupos de excelencia para nuestro país.

-Como etapa preliminar a su inauguración en julio de 2006 al cumplirse 90 años de vida institucional, organizamos una muestra fotográfica de la secuencia a partir de la colocación de la piedra fundamental en 1904 hasta la inauguración del edificio en 1916.

Para concretar dicha muestra contamos con la valiosa colaboración de la Fundación Bunge y Born.

*El Museo Histórico Hospital B. Rivadavia es el único en
Latinoamérica que atesora y sintetiza su centenaria historia*

Dr. Rodio Raices ⁽¹⁾

El museo del Hospital Rivadavia nace en 1969; concebí la idea como un depósito de tesoros, es decir de cosas nobles.

En los comienzos funcionó en el ala central de la biblioteca, en condiciones físicas deficientes, pero con perseverancia y con ayuda de algunos importantes benefactores, se fue construyendo esta obra, cuyo objetivo fundamental es acrecentar el patrimonio cultural del país, desarrollando a la vez una labor didáctica.

Este peculiar depósito de recuerdos es el único en Latinoamérica y abrió sus puertas en 1987 para la conmemoración de los 100 años de la instalación del hospital en el barrio de Palermo, historia que luego les contare pues forma parte de la muestra permanente del Salón De Las Banderas.

El Museo cuenta con un acervo cultural importante, ya que atesora numerosos documentos y libros de la época de la fundación del nosocomio, creado inicialmente como Hospital de Mujeres.

En el Salón de los Espejos, se encuentran a disposición de los visitantes numerosos instrumentales, que tienen una correlación histórica con los años de vida del hospital, entre ellos fotóforos, tensiómetros de madera, antiguos fórceps, aparatos de meta-

1. Medico Clínico del Hospital Rivadavia. Fundador del Museo Histórico Hospital Bernardino Rivadavia, Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

bolismo basal y muchos otros. En el Salón de los Notables se rinde homenaje a médicos reconocidos que pasaron por el hospital, y a destacadas personalidades.

Como todo museo tiene sus joyitas, una de las mas pintorescas es la bañera que utilizaba en sus años de paso por el hospital el Dr. Juan P. Garrahan, creador de la neonatología argentina junto con el Dr. Peralta Ramos, y el primer electro-bisturí utilizado en América Latina, traído desde Estados Unidos en 1925.

Se exhiben también los conocidos *mellizos* de Peralta Ramos, esqueletos rellenos y convertidos en muñecos que eran utilizados como material de enseñanza en 1930 para instruir sobre las diferentes maniobras para realizar partos.

También cuenta con mas de 300 fotografías, entre las cuales se exhiben algunas figuras de los más destacados profesionales que pasaron por el establecimiento, como Cecilia Grierson, colecciones de revistas como *La tijera*, publicación de tono humorístico de los practicantes del Rivadavia y varios números de la revista *Médicos quirúrgicos* (trabajosamente rastreados) y que datan del año 1932.

Todos los que trabajamos voluntariamente en este museo nos resistimos a olvidar la historia del tradicional hospital, que es un poco la historia de la medicina argentina.

Rápida historia del Hospital Rivadavia

Es el nosocomio de continuada vigencia más antiguo del país, ya que en sus edificios de Palermo se instalaron, en 1887, las autoridades, los médicos, las monjas, el personal administrativo, las enfermeras, las enfermas y hasta parte del mobiliario del viejo Hospital de Mujeres. Este local, ubicado en el centro tradicional de Buenos Aires, se había inaugurado oficialmente en noviembre de 1774 con una sala de trece camas, estaba a la diestra del Asilo de Huérfanas fundado en 1755 por don Francisco Álvarez Campana, en la actual calle Bartolomé Mitre al 800. Del otro lado del orfelinato, en la esquina de Suipacha, se levantaba la iglesia San Miguel (donde hoy hay otro templo más nuevo). Las construcciones de referencia fueron realizadas por una congregación de laicos católicos llamada Hermandad de la Santa Caridad de Nuestro Señor Jesucristo, fundada en 1727 por el gaditano Juan Alonso González (futuro bisabuelo del general Belgrano), para enterrar a las víctimas sin recursos de la epidemia de ese año, de igual modo que a otros, en igual estado de abandono. Fue un hijo de Juan Alonso, el Padre José González Islas, quien realizó los esfuerzos necesarios para abrir el hospital, siendo además su primer capellán y administrador. La existencia de esta unidad asistencial vino a llenar, por otro lado, un vacío notorio, ya que la otra casa de internación, administrada por los frailes bethlemitas (Hospital de Belén), albergaba sólo a hombres. Luego de recibir importantes donaciones del rey de España Carlos III –debido a la gestión en Madrid del mencionado clérigo– se compraron propiedades vecinas y se edificó

por los fondos, saliéndose hacia la calle lateral sobre la que se construyó su frente (en Esmeralda 60, sitio de la extinguida Asistencia Pública que hoy ocupa la plaza Roberto Arlt). En 1822 Bernardino Rivadavia, ministro del Gobierno del general Rodríguez-provincializó asilo y hospital, dejando el templo a los curas, tras disolver su cofradía. Después del intento de privatizar la administración del instituto, fracasado por su inconveniencia económica, este alto funcionario se ocupó tenazmente de su progreso. Cosa contraria ocurrió en 1838, cuando el gobernador Rosas le quitó el subsidio estatal -pre-textando el bloqueo francés- y lo libró a la caridad pública, que lo mantuvo deficiente-mente hasta el día de su derrocamiento. Luego de la batalla de Caseros -en 1852- la Sociedad de Beneficencia de Buenos Aires -institución de damas fundada por Rivadavia en 1823- fue restablecida con todos los honores y se hizo cargo del hospital el 15 de mayo de ese año, por pedido del Gobierno, continuando bajo la dependencia de la provincia de Buenos Aires. Al siguiente año, el 9 de noviembre de 1853, surge en su seno la primera Maternidad de que se tenga memoria. El normal crecimiento demográfico de Buenos Aires, incrementado por las corrientes inmigratorias -impulsadas por la idea de Alberdi y concretadas en esta Capital luego de la batalla de Pavón en 1861- generó la necesidad de un lugar más espacioso para la atención de las enfermas, dándose entonces el lento proceso de la búsqueda de terrenos apropiados. Finalmente, el 1° de febrero de 1876, se compraron -en el entonces distante barrio de Palermo- unas tierras adecuadas, en las calles Chavango y del Sar (Las Heras y Bustamante), recostadas en un viejo arroyo que drenaba las aguas pluviales de una amplia zona (actual calle Austria). La piedra fundamental se colocó el 6 de diciembre de 1880, a pocos días que nuestro nosocomio fuera nacionalizado, junto con la Ciudad, asistiendo a la ceremonia especialmente invitado fray Mamerto Esquiú, conocido como “el orador de la Constitución”, en ese momento obispo electo de Córdoba. Las obras comenzaron el 1° de mayo del siguiente año, bajo la dirección del arquitecto sueco Enrique Aberg, autor de los planos; se construyeron pabellones de influencia neoclásica, separados por espaciosos jardines, de acuerdo a modernos cánones europeos que exigían la presencia de cierta superficie libre de edificación por cada paciente internado, para una cura más rápida y segura. La parquización fue ejecutada por el primer intendente que tuvo la Capital Federal, don Torcuato de Alvear (período 1882-1886), quien además donó la botica de su propio peculio y la mantuvo hasta su muerte, en 1890. El 28 de abril de 1887 el ministro del Interior Dr. Eduardo Wilde -médico afamado y destacado escritor- inauguró los palacios edificios, iluminados por gas, a los que se accedía en vehículos de tracción a sangre por calles anegadizas. La gran mudanza había sido hecha. El gran sueño se había cumplido. Las antiguas construcciones del centro quedaron para la Asistencia Pública (medicina de urgencia y control sanitario de inmigrantes y escolares). El establecimiento tenía una capacidad de trescientas camas y constaba de cinco pabellones -cuatro para Clínica Médica y Quirúrgica y otro para Maternidad-, además de la capilla y servicios complementarios como administración, baños, cocina, etc. Desde entonces los progresos fueron continuados: Pequeño Pabellón “Sala de Cirugía” (iniciativa del Dr. Molina), inaugurado en 1893; situado al borde de la barranca, en el lado izquierdo de la Capilla. Fue usado hasta 1903, y se lo demolió *a posteriori*. Pabellón de Administración y Dirección (acabado en 1894), que tenía consultorios externos anexos y daba sobre la

calle Bustamante. Pabellón “Casa de Sanidad” (primer pensionado), abierto en 1895; edificio de la hermosa “torre del reloj” que da al “Patio de Honor” del establecimiento. Pabellón “de las Hermanas” (hijas de Nuestra Señora del Huerto, con actuación interna desde 1859). Data de 1898, y se apoya sobre la calle Bustamante. Actualmente está dedicado a depósito. Pabellón “Siglo XIX” (para tuberculosas), inaugurado en 1903 para aislamiento de las enfermas de esta patología quienes habían sido albergadas hasta entonces en las diversas salas de Clínica Médica. Cumplió esta función hasta 1913, llamándose Pabellón Olivera, luego de algunas reformas que lo hicieron apto para la Cirugía General y Ginecología. En la actualidad se usa para esta última especialidad. Pabellón “Cobo” (1908), donado por la familia de este apellido, actualmente dedicado a cirugía. Posee magníficos quirófanos con miradores. Pabellón de “Laboratorio y Anfiteatro (Anatomía Patológica)”, inaugurado en 1908, estando ubicado en un sitio cercano del actual servicio de Terapia Radiante. Tuvo vigencia durante veinte años. “Galería de cristales”, construida en 1912 en el Pabellón de Administración y que constituyó una remodelación de la entrada sobre Bustamante, efectuada en razón del cambio de nivel de la calzada, que se hizo menos empinada que antes. Pabellones del “Instituto de Maternidad”: se erigieron sobre Las Heras y sobre Gallo (Austria), y fueron inaugurados en 1928 y 1930 respectivamente. En este último año se independizaron del hospital reintegrándose al mismo recién en 1968. Pabellón de “Laboratorio Central” (incluyendo Anatomía Patológica). Se finalizó en 1928 gracias a un legado del señor Federico Garrigós. Pabellón de “Consultorios Externos y Pensionistas” (1934), en actual posesión del CEMIC. Los pisos superiores -dedicados a la internación- fueron cedidos en uso por un decreto de 1965, siendo ocupados los consultorios externos de la planta baja dos años después, por resolución ministerial. El 7 de septiembre de 1946 el Poder Ejecutivo Nacional intervino la Sociedad de Beneficencia, pasando a depender, poco tiempo después, del Ministerio de Salud Pública de la Nación. Con este acto cesó la actividad de las damas de caridad al frente del hospital y se produjo un prolongado período de decadencia. Tras un breve lapso de administración comunal, en 1981 la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires retomó, de manos de la Nación, las funciones rectoras y, posteriormente, al declararse en 1994 la autonomía de la Ciudad de Buenos Aires, pasa a depender del Gobierno de la Ciudad. Situado en las barrancas del Plata, donde se espeja el sol, el Hospital Rivadavia luce actualmente sus remodelados pabellones con la hidalguía de sus gloriosas tradiciones, de cara al próximo milenio, que se constituye en desafío para la imaginación más osada.

*Movimiento cultural en la historia de la
Asociación de Médicos Municipales (AMM)*

Dra. Mirta Zachin⁽¹⁾

La Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires es una entidad gremial que agrupa hoy a **10.500 médicos municipales** que trabajan en los hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. **Destaca su accionar en los siguientes puntos:**

- 1) Acción gremial.
- 2) Capacitación profesional.
- 3) Prevención y cobertura del riesgo legal de la praxis médica.
- 4) Actividad social, cultural, deportiva, publicaciones.
- 5) Jubilados.

El Estatuto de la AMM esta aprobado por resolución 1005/MTE y SS 2004 En el Título IV: de las Autoridades de la Asociación. Capítulo 3 del Comité Ejecutivo y del Comité de Presidencia Artículo 48º - 12

La Secretaría de cultura es la encargada de organizar actos y eventos culturales; organizar y dirigir la biblioteca; coordinar la Subcomisión de cultura la que tendrá como funciones proponer las actividades culturales de la entidad.

LA AMM como organización dispone de una serie de servicios que son inseparables de su actividad gremial, sin los que no se podría concebir el quehacer diario de

1. Médica clínica y gastroenteróloga del Hospital Zubizarreta. Secretaria de Cultura de la AMM.

nuestra asociación: **garantizar y defender los derechos laborales y sociales de sus afiliados.**

Cubiertas esas necesidades prioritarias, nos hemos propuesto seguir ampliando la oferta a otros servicios demandados por nuestros socios y tratando de incluir a sus familias para tomar al trabajador como un todo “como ser humano completo”.

La AMM pretende **acercar ámbitos de la cultura a los trabajadores**, difundir los objetivos y noticias de la organización y facilitar la ampliación de conocimientos e información a los afiliados en particular y a sus familiares como al conjunto de la comunidad en general.

La Secretaria de Cultura de la AMM para la consecución de sus objetivos, **promueve, impulsa y organiza**, entre otras actividades, talleres, conferencias, mesas redondas, exposiciones, ediciones y publicaciones, presentaciones de libros, jornadas sobre temas específicos relacionadas con la problemática de la salud.

La **historia** del desarrollo de la actividad cultural, data desde su creación en 1936 tuvo en cuenta iniciativas culturales, artísticas y de información y comunicación. Como reflejo del arraigo que tiene entre los médicos el desarrollo de actividades artísticas paralelas al ejercicio de la profesión médica.

Las Actividades Culturales comienzan en agosto de 1936 , cuando se edita el primer número de **El diario del Mundo Hospitalario**; Órgano de difusión de la AMM. El 17 de abril de 1941 se inauguró, con el objetivo de divulgar los problemas médicos sociales, el ciclo el **Momento Radial del Mundo Hospitalario** en LS82 radio Stentor.

En los primeros 10 años de existencia (1936-1946) fue notable el **crecimiento institucional**. En el período comprendido entre 1946-1976 las gestiones estuvieron muy vinculadas con los **vaivenes políticos del país**. Es cuando se da la **institucionalización y consolidación gremial de la AMM**.

La creación de la Secretaría de Cultura comienza con la renovación de autoridades realizada en 1959; fue la primera vez que se aplicó la reforma del Estatuto de la AMM realizada en 1957. El número de integrantes del Comité Ejecutivo se aumentó a nueve, correspondiendo los nuevos cargos a la secretaria gremial, de asuntos sanitarios y de **relaciones culturales**. En esta elección fue nombrado como **primer Secretario de Relaciones Culturales el Dr. Roberto Salesi**.

Decada de 1960. La actividad cultural tuvo un nuevo y determinante impulso

En 1964 se organizó una muestra de diapositivas y un concurso de fotografías. Se adquirió un proyector de slides para ilustrar las conferencias organizadas por la

entidad. Y entre los años **1964 y 1965** se realizó una exposición de pintores argentinos contemporáneos (primer, segundo y tercer ciclo). Participaron los artistas mas importantes del país (Antonio Berni, Raúl Soldi, Juan Carlos Castagnino, Lino Spilimbergo y Benito Quinquela Martín, entre otros.

1960-1976

1966. Concurso de artes plásticas abierto a todos los médicos del país.

1968. 9 de agosto actuación del poeta Julian Centeya quien se refirió al tema “Cafés de tango” del mundo.

1970. La AMM organizó un nuevo concurso fotográfico cuyo tema fue el hospital.

Años de dictadura

Proceso de Reorganización Nacional: para llenar los espacios dejados por la inactividad gremial en los primeros años del gobierno militar se incrementó la difusión de otras actividades, entre ellas la cultural:

Mundo Hospitalario: mayo-junio de 1976, difundió un ciclo cultural con actuaciones de artistas de música clásica, que se llevaba a cabo en la sede de Junín 1440.

50° Aniversario de la AMM

El 20 de mayo de 1986, al cumplirse el **50° aniversario de la fundación de la AMM**, se llevaron a cabo varias actividades relacionadas directa e indirectamente con lo cultural: Acto en el Complejo Polideportivo, Jornadas gremiales, en las cuales se trataron los temas “Bases para un sistema nacional de salud”, “Hospital público”, “Autarquía hospitalaria”, “Organización de emergencias en la Capital Federal” y “Carrera Profesional hospitalaria”, entre otros.

Otras **actividades culturales y sociales:** concursos de pintura, fotografía, literatura, torneos deportivos y actividades recreativas.

El cierre de los actos conmemorativos del 50° aniversario se llevó a cabo el 6 de diciembre en el Complejo Polideportivo.

Cultura y salud. El primer libro editado por la AMM

En diciembre de 1996 la AMM editó su primer libro, “**Salud, autogestión y libre mercado. La embestida contra el modelo solidario**”. Autores: Dr. Marcos Buchbinder y Dr. Enrique Visillac. El tema central del libro es una fuerte crítica al decreto 578/93 del Poder Ejecutivo Nacional – de Autogestión Hospitalaria- que representó una de las formas de aplicar la política del libre mercado en la salud.

Final del Siglo xx

1999-2000. Fueron años de mucha actividad en el área de cultura, pese a los graves conflictos gremiales por los que atravesaba la AMM.

Exposición de fotos

Clínica de Pintura: con la coordinación del pintor Claudio Goldini y la participación del profesor Jorge González Perrin. Concursos de pintura

Ajedrez: el gran maestro Internacional Ariel Zorin dictó clases los sábados en el Complejo Polideportivo. Simultáneas con el maestro internacional de ajedrez Jorge Rubinetti, con el auspicio de la Federación Metropolitana de Ajedrez y la Federación Argentina de Ajedrez.

Muestras de Meiji. Los mejores chistes e historietas del médico y humorista, autor de “La Clínica del Dr. Cureta”

Siglo XXI

2001

La Secretaría de Cultura de la AMM diversificó la gestión cultural de la entidad gremial a través de:

- Visitas a museos
- Concursos literarios
- Formación de un coro
- Concursos de fotografía
- Clínica y concursos de pintura

Actividad Cultural AMM

2001

Organización de visitas guiadas a los más importantes museos de la Ciudad. Entre ellos, el Museo de Arte Español Enrique Larreta, el Museo Argentino de Ciencias Naturales Bernardino Rivadavia, el Museo de Arte Hispanoamericano Isaac Fernández Blanco y el Museo de Arte Decorativo.

Literatura. Premios Literarios 2001. En las categorías poesías, cuentos y relatos cortos. Publicación de la obra ganadora de la categoría Teatro

Música. Coro de la AMM. Se creó y conformó el coro, a cargo del Sr. Carlos Papolla; y la subcomisión de música, a cargo del Dr. Claudio Guerrieri, quien realizó varias presentaciones de su espectáculo “Chopin – Tango” organizadas por la AMM.

Concurso de fotografía. En dos categorías: blanco y negro y color.

Clínica de pintura: se llevó a cabo esta actividad con la coordinación del Dr. Claudio Goldini.

I y II Salón Latinoamericano y del Caribe de médicos pintores. Noviembre de 2001 y 2003. Centro Cultural Recoleta.

Escritores: taller de escritura con la coordinación de Andrea Delfini.

Taller de teatro infantil en el Complejo polideportivo.

Actividades compartidas con otras secretarías de la AMM

La Secretaría de Cultura, conjuntamente con la de **Educación**, realizó el **Primer Premio Anual en Salud Pública** “La crisis social y su impacto en el hospital público”. Continúa organizándose hasta la fecha.

Además, por la donación de la Lic. María Eikel se instituyó el **Premio en Psiquiatría “Dr. Héctor Fontanarossa”**.

65º Aniversario de la AMM

Conferencia del Dr. Marcos Aguinis. Mirada sobre la realidad de un prestigioso escritor y médico. Se llevó a cabo en junio de 2001 en el Salón Cascada del Hotel Bauen.

Potestad. Representación en octubre de 2001 de esta obra de Eduardo Pavlovsky.

Resguardo de la memoria

La AMM resolvió editar la historia de la entidad en una obra que se publicará en tres tomos. El Dr. Enrique Visillac con sus escritos, permite realizar una semblanza de la vida hospitalaria y da un paso adelante en la construcción de una historia del gremialismo médico argentino.

El primer tomo de **Historia de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires**. Orígenes, fundación y primeros años (1935-1946); se presentó en julio de 2005.

70º Aniversario de la Asociación de Médicos Municipales

Para su conmemoración la Secretaría de Cultura de la AMM organizó diferentes actividades:

- Acto en la UBA.
- Presentación del segundo tomo de la *Historia de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires*. Institucionalización y consolidación gremial (1946-1976) escrito por el Dr. Enrique Visillac.
- Jornadas de Gremialismo Médico
- Concurso de fotografía
- Concurso de pintura

2006-2007. Movimiento Cultural

- III y IV Congreso de Médicos Escritores
- Taller Anual de Escritura
- Presentación de libros
- Premio prosa
- Premio poesía
- Premio novela
- Publicaciones institucionales
- Actas con obras del congreso
- Recopilación de textos producidos por alumnos
- Clínica de médicos pintores
- Exposiciones de pintura en el Club Sirio Libanés y en la Fundación Margulies.

Turismo por la Ciudad de Buenos Aires

Paseos para socios y sus familias a:

- Barrio de la Boca
- Cementerio de la Recoleta
- Casco histórico de la Ciudad de Bs. As.
- Arquitectura de la Ciudad de Bs. As.
- Tigre

Organización de conferencias

Se organizan anualmente sobre diferente a temas. En 2006, en el marco del festejo del 70 aniversario, se lo convocó a Pacho O'Donnell

Fotografía

• Curso básico de fotografía en el que participaron socios y sus familiares. El objetivo principal fue enseñar a utilizar una cámara fotográfica. El fotógrafo Patricio

Pidal estuvo a cargo del mismo.

- Concurso fotográfico
- Exposición de fotografía en la Fundación Margulies (octubre 2006).

Música

Coro de la Asociación de Médicos Municipales dirigido por Carlos Papolla.

Concierto de piano a cargo del Dr. Claudio Guerrieri, en el Salón Dorado de la Legislatura en junio de 2006.

Espectáculo de tango a cargo del grupo cultural del hospital Durand.

Patrimonio intangible

La AMM ha colaborado, desde su fundación hace 71 años, con el patrimonio cultural hospitalario y ha desarrollado, para esto, una tarea de preservación de su patrimonio intangible (archivos, memorias institucionales, material gráfico, etc.).

Por otro lado, la AMM, realiza una tarea de documentación de sus actividades por medio de la publicación de su órgano oficial de difusión, abstracts de actividades culturales y un libro, integrado por tres tomos, sobre su historia (con un completo testimonio fotográfico).

A modo de conclusión

La búsqueda de un espacio para la cultura en un grupo de profesionales para la salud es un verdadero desafío.

Las necesidades económicas y la necesidad de una capacitación continua quitan tiempo y hacen difícil poder realizarlo.

Sin embargo, podemos asegurar que la afección por los distintos movimientos culturales se demuestra en la participación y en la continuidad de aquellos que se atreven.

- **Debemos** desde esta Secretaría proponer actividades.
- **Debemos** motivar y estimular la participación.
- **No debemos** decepcionarnos ante los escollos siguiendo día tras día la búsqueda de más.

Capítulo 4

Preservación del patrimonio hospitalario.

Monumentos y archivos

*Elementos que contribuyeron a modificar
la tipología arquitectónica de claustro
en los hospitales mexicanos*

Arq. María Lilia G. Servín ⁽¹⁾

*La arquitectura puede hacer mucho. No debe hacer bajo ningún pretexto los edificios inhospitalarios. Si un arquitecto hace algún día un hospital donde el enfermo se sienta feliz de entrar, habrá hecho una obra de arte.*²

La presencia de enfermedades infecciosas en la población mexicana ha sido un elemento importante en la historia de México, así como un indicador del nivel de pobreza y de los altos índices de marginación y mortalidad de algunos grupos sociales. Asimismo, el desarrollo de infraestructura hospitalaria y su reconstrucción no sólo está ligado a las epidemias, endemias y desastres naturales, sino que también fue afectado por los conflictos sociales que se han sucedido en su proceso histórico, coadyuvando a modificar el concepto de salud-enfermedad del que se ha derivado la forma y la práctica de la atención médica.³

Las enfermedades que asolaron al país por siglos se agudizaron con el arribo de los españoles a América. Algunas de las endemias y afecciones que se sucedían prácticamente cada año, ocasionaron a su paso una significativa mortandad en la población⁴.

1. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Arquitectura. Centro de Investigaciones y Estudios de Posgrado.

2. Guadet, Julien, *Eléments et théorie de l'architecture*, Librairie de la Construction Moderne, Quatrième Edition, Paris, s/f Libro IX, Los elementos de la composición en los edificios hospitalarios, Capítulo I.

3. González Servín, Ma. Lilia, *Los hospitales durante el liberalismo de México 1821-1917 (de la tipología de claustro al sistema de pabellón)*, Tesis de Maestría, Posgrado de Arquitectura, UNAM, 2005.

4. La viruela, lepra, sarampión, fiebre amarilla, tifo, varicela y enfermedades gastrointestinales entre otras.

Junto con la evangelización se estableció una forma de atención médica, considerada como parte del ejercicio de la iglesia, caracterizada por la caridad al prójimo, la introspección y recogimiento espiritual; esta situación llevó un modo de concebir, componer y construir los espacios para curación con métodos y técnicas de los conquistadores, es decir, distribuían y organizaban los espacios a través de patios centrales que conformaron claustros.

Este modelo creó una nueva vida dentro de estas instalaciones médicas, pues recreaban ambientes para los enfermos que los identificaban con su patria, ayudaba en la conservación de costumbres y valores que reafirmaban la cultura y reproducción de la vida familiar española; además, los aislaba de la vida mundana local y alimentaba el sentido de protección, por lo que en estas construcciones se dispuso de todo lo necesario. La edificación de la arquitectura vertical virreinal contrastaba con los espacios escalonados abiertos de la arquitectura local.

Durante el Virreinato, las enfermedades eran consideradas como un castigo divino, esto cohesionaba la ideología colonial. Con este juicio se fundaron y construyeron los nosocomios novohispanos, otorgando, el carácter de asilo a la atención médica y por extensión análoga a los edificios que se concibieron como hospital-capilla. El concepto, organización y distribución de los nosocomios respondió a la manera en que se construían estos inmuebles en Europa, cubriendo la necesidad espiritual de caridad, compasión y ayuda al prójimo; para purificar el alma piadosa, a través del voto de hospitalidad y refugio para el pobre y el enfermo, organizando y distribuyendo las áreas internas de acuerdo con la ubicación de la capilla o iglesia, elemento ideológico rector del partido arquitectónico.

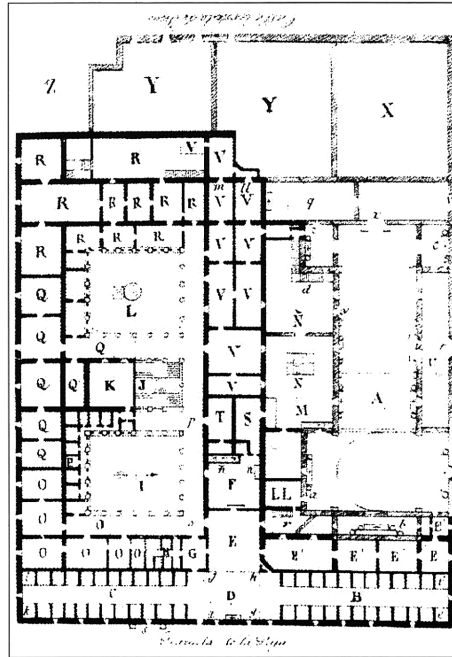
En ese entonces, el concepto de salud-enfermedad prescribía enfermos contagiosos y no contagiosos, lo que determinaba el tipo de nosocomio, su cercanía y distancia con el centro de la ciudad, emplazándolo contra los vientos para evitar que el aire dañara a sus habitantes. Además era fundamental que el sitio contara con agua en abundancia.

La necesidad de ventilar, iluminar y asolear las construcciones tuvo como consecuencia proyectar dos o más espacios abiertos al interior; por tal motivo, los hospitales contaron con varios patios. La tipología de claustro permitió diseñar de manera práctica la planta arquitectónica; los cuartos y las salas se disponían simétricamente alrededor de un área abierta, conformando patios, lo que facilitó su dimensión y orden, conectando las salas con un corredor que unía al edificio haciéndolo funcional.

Los patios se proyectaron para ordenar y jerarquizar los espacios, especialmente la capilla. En el patio principal se ubicaron la administración, farmacias, accesorias, el lugar donde residían los religiosos y las enfermerías; en el traspatio o patio trasero se incluían los servicios denominados comunes (letrinas), leñeros, atoleros, bodegas, amasijos, la panadería, tortillería, lavaderos y los baños, así como la caballeriza, el establo,

huerta y depósito de cadáveres, entre otros. Los patios permitían el paso de la ventilación, iluminación y el asoleamiento, indispensable para éste género arquitectónico, sin que fuera necesario abrir más los vanos o ampliar el número de ventanas en las fachadas.

En el Hospital de Jesús (1524), el primero fundado en la ciudad de México, se aprecia la geometría cuadrada de sus patios que permitió componer el conjunto arquitectónico, así como diseñar y diferenciar las áreas del Hospital y de la capilla, conectando los claustros a través de una escalera para que el viento circulara.



Planta arquitectónica del Hospital de Jesús. A partir del cuadrado se desarrolla la composición del partido arquitectónico.

Durante los siguientes siglos, los nosocomios requirieron ampliarse debido a la demanda del servicio y a los avances en las técnicas de curación, particularmente en los momentos emergentes por los brotes de epidemias. No obstante, la tipología de claustro había resuelto hasta ese momento el problema de ventilación, iluminación y asoleamiento en las construcciones; así, a cuentagotas, se iban realizando cambios. La planta claustral permitió un crecimiento limitado, como la adaptación de cuartos para las salas de cirugía y maternidad. En muchos de los casos los inmuebles no reunían las condiciones físicas para la habitabilidad, o se contaba con instalaciones básicas, ya que la mayoría de estos edificios fueron diseñados para otro fin y a través de los siglos se reciclaron para establecer un servicio médico. La concentración de enfermos durante las epidemias incrementó el hacinamiento, provocando contaminación del aire por ser espacios cerrados con muros gruesos y poca iluminación; además albergaba un ambien-

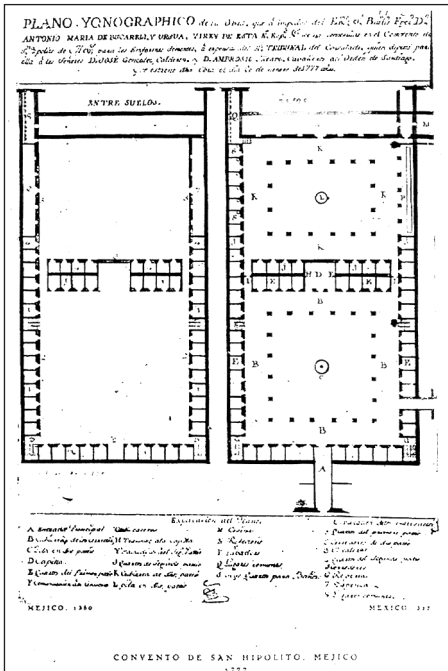
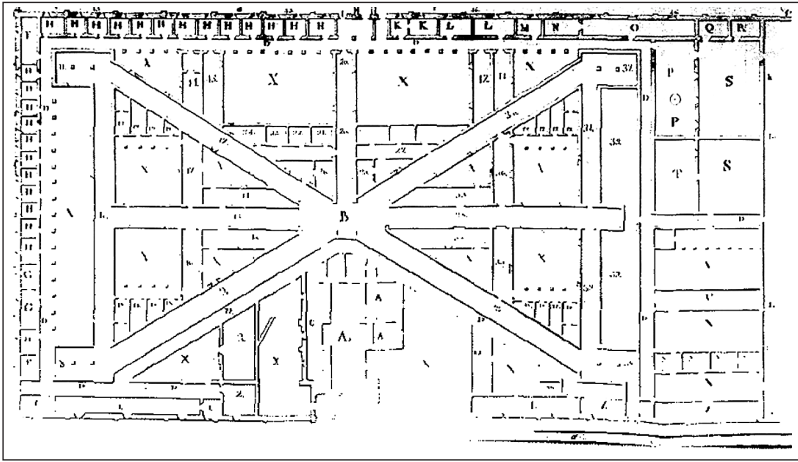
te frío y húmedo propicio para las enfermedades, no obstante que durante el virreinato se colocó un rodapié para proteger los muros de desplante y evitar las humedades del subsuelo debido a las lluvias e inundaciones.

El juicio sobre el concepto de enfermedad se fue modificando, lo que iba determinando la clasificación de los padecimientos y de sus espacios; se fundaron nuevos hospitales y se crearon salas de especialidades, por ejemplo, para dementes o enfermedades crónicas.

Para mejorar la ventilación, la iluminación y el asoleamiento a finales del siglo XVIII, los patios se ampliaron; se convirtieron en lugares privilegiados que adoptaron diversas configuraciones geométricas que hacían penetrar con generosidad la luz, el aire y el sol que se introducía por los corredores a través de los pórticos; asimismo, se aumentó el número de ventanas y la altura en la planta baja, se disminuyó el ancho de los corredores que circundaban los patios, garantizando mayor captación de elementos naturales para su habitabilidad. Se introdujeron redes de agua corriente, se anexaron al conjunto arquitectónico los servicios de lavaderos e incrementaron el número de comunas (letrinas) y de fuentes o pilas para almacenar agua; se reorganizaron las cocinas, las salas de cirugía, además de otros espacios, se reubicaron y ampliaron las escaleras.

Con el estilo neoclásico se adoptó una forma de modernidad que permitió precisar y experimentar nuevas geometrías para el ordenamiento del conjunto arquitectónico. En el proceso de búsqueda, la idea de libertad apareció en la desnudez de ornamentación y simplificación de formas que modificaban el orden en los hospitales, su variación, conexión y la articulación de patios para la optimización de los recursos económicos y naturales. Estos cambios alteraron la composición de la planta claustral, consideración que hizo que los constructores de esa época experimentaran distintas morfologías, además de las cuadradas y rectangulares, se introdujeron las cruciformes de tipo concéntrico o radiales, incluso con disposición panóptica como en el diseño del Hospital de Belén (1792) en la ciudad de Guadalajara. Hay variaciones de ésta, como en la planta arquitectónica alta del Hospital de Jesús, donde se colocó la capilla en medio de las salas, al igual que en el Hospital de San Hipólito (1566-1910) en la ciudad de México, donde la capilla está al centro del polígono, de frente al primer claustro. Extraordinarios ejemplos de búsqueda para beneficiar la ventilación, iluminación, el asoleamiento y la funcionalidad, todo lo anterior iba modificando el carácter introspectivo del partido arquitectónico que constituía el eje rector de la distribución en la tipología de claustro.

Estos cambios se veían reflejados en varios hospitales contemporáneos en diversas partes de América, por lo que podría especularse que se tenía el conocimiento de lo que se llevaba a cabo en otros lugares.



Planta arquitectónica del Hospital de Belén, Guadalajara, Jal. La disposición de edificios unidos en un punto permitió optimizar el servicio espiritual, la ventilación, iluminación y el asoleamiento, además de clasificar a los pacientes por enfermedades.

Planta arquitectónica del Hospital de San Hipólito, ciudad de México. La variación panóptica permitió resolver problemas de organización espacial con la disposición de la capilla al centro en el primer claustro.

En el hospital de San Lázaro, en Cuba (1748), diseñado y construido antes que el Hospital de Belén, ya se vislumbraba en el proyecto los lineamientos que prevalecerían en las nuevas construcciones hospitalarias mexicanas. En este hospital, los servicios se separaron del complejo arquitectónico. El patio no se dispuso como claustro, sino como solar en medio de dos edificios paralelos; se colocaron los comunes al fondo del predio, mediando con la huerta en el extremo; en este partido se puede observar que

las condiciones de habitabilidad se resolvieron de otra manera. Las salas de los enfermos, hombres y mujeres, se proyectaron en crujías dobles, con amplios corredores que las separaban. Se concibió una red de drenaje que recibía el agua sucia a través de un ramal principal y conexiones secundarias con registros. La capilla se colocó al centro del conjunto a 45 grados, en forma oblicua, también con disposición panóptica. Se observa que la orientación de los edificios procuraba mantener el aire fresco que circulaba de manera generosa por todo el conjunto arquitectónico.

La adhesión de México a un modelo distinto del mercantilismo colonial para iniciar un proceso de industrialización de la economía, requirió de una amplia flexibilidad para la apertura de mercados, de una mayor productividad compatible con la creación de un sistema de circulación de bienes y mecanismos de intercambio, generando que las contiendas de Independencia y las guerras políticas locales, como las de las ambiciones extranjeras, aumentaran la miseria, marginación económica y social; a las batallas se sumaban las continuas endemias y epidemias, desastres naturales, como las inundaciones anuales que afectaban a la ciudad de México, que contribuían a agudizar el cuadro epidemiológico (desnutrición, viruela, sarampión, tos ferina, varicela, cólera, fiebre amarilla y enfermedades gastrointestinales), que incrementaban los índices de defunción, migración, hacinamiento urbano, aunado al severo atraso en higiene y salubridad en una época de poca producción urbano-arquitectónica que incluía la disminución del número de hospitales por la falta de recursos económicos, sumado a los insuficientes métodos de curar. No se revertían las altas tasas de mortalidad, que menguaban la mano de obra imprescindible para el desarrollo del sistema económico en ascenso.

La inestabilidad de los gobiernos, primero de España y después de México, afectó significativamente la atención hospitalaria. Las ideas liberales del primer mundo hicieron que se separaran, en 1812, los servicios médicos de la iglesia dejando la práctica médica bajo el auspicio de los Ayuntamientos de los gobiernos locales.

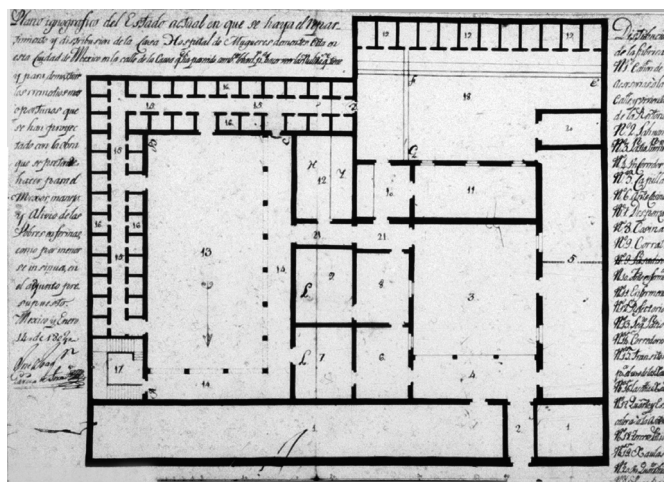
A pesar de las circunstancias político-sociales y económicas, la sociedad hizo esfuerzos para luchar contra las enfermedades infecciosas crónicas y las epidemias, incluso las pandemias de cólera, tifus y viruela.

La urgencia de contar con el servicio médico durante las primeras guerras fue razón para que de inmediato se fundaran Juntas de Beneficencia y Sanidad, que conformaron la antesala para que el servicio hospitalario, al paso del tiempo, dejara de ser un beneficio otorgado por la Iglesia, provocando que la sociedad civil se convirtiera en promotor de la salud y de las medidas higiénicas que se generaron. La participación ciudadana fue decisiva para la intervención, organización y manutención, y junto con los gobiernos se hizo responsable del cuidado de los heridos y enfermos, e incorporó lo que estaba a su alcance para su cura. Como recurso humanitario se exaltó el concepto de solidaridad colectiva, de caridad y filantropía, permitiendo transformar el carácter religioso del hospital-capilla a hospital civil.

En la ciudad de México, como en todo el país, los Ayuntamientos se enfrentaron a la labor de transformar hospitales de emergencia; no había recursos suficientes para el sostenimiento de los existentes, mucho menos para construir nuevos, debido a la contingencia. La atención médica se realizaba donde se podía, estableciéndose -como en los casos de brotes epidémicos- la modalidad de refuncionalización, reciclamiento y adaptación de inmuebles, que perduró hasta que el siglo se acabó. Los edificios que se reciclaron habían resistido al tiempo por sus materiales, como la piedra con la que se levantaron los muros gruesos. Generalmente estas construcciones estaban orientadas contra los vientos para evitar las corrientes de aire al interior y la propagación de enfermedades.

Por las condiciones apremiantes, se ajustaba el servicio médico a las características del inmueble; recurrieron a la adaptación. Se quitaban o levantaban muros para ampliar o dividir las salas o servicios e incluso comercios para albergarse de recursos económicos para su sostenimiento. Las salas para encamados, cirugía o enfermerías se ubicaron en la planta alta. Esto permitió que los enfermos no sufrieran las consecuencias de las inundaciones que padecía la ciudad de México. No se contó con abastecimiento de agua directa a las salas de cirugía y curación, pues ésta se acarreada de las fuentes o pilas internas. Tampoco se contó con un sistema de desechos internos y externos, lo que provocó que la insalubridad se acentuara.

En las salas para enfermos apenas existía la ventilación, menos aún se contaba con asoleamiento; las ventanas que había se abrían poco para evitar las corrientes de aire, ya que se creía provocaba afecciones respiratorias transmitidas por los aires malignos. A todo esto hay que añadir la incipiente iluminación que accedía por los portales que daban a los patios, las características del sistema constructivo y los materiales. Los muros se hacían muy altos y tenían la función de cargar el peso y los empujes de los techos; se fabricaban con piedra, muy anchos, por lo que en su interior se cobijaba un clima frío y húmedo.



Planta de conjunto del Hospital del Divino Salvador, ciudad de México. La clasificación de enfermas correspondió al concepto de salud-enfermedad.

*Todos estos edificios antiguos, vastos y espaciosos, tenían, sin embargo, grandes defectos de higiene: ciencia desconocida... y la promiscuidad de sus enfermos y asilados era desastrosa bajo el punto de vista físico y moral.*⁵

El siglo XIX, con todas sus contradicciones sociales, perfiló el rumbo y definición ideológica que asumió la gestación de la nación y del Estado mexicano. Entre contradicciones y reveses políticos, se derivó a mediados del siglo en la confirmación de una autoridad central que reorganizó y encaminó a la sociedad mexicana a la nueva estructura socioeconómica. Caducaron las ideas ligadas a la Iglesia-Estado, para implantar en su lugar un liberalismo de inspiración científica; camino por el que se accedió a las vanguardias científicas y tecnológicas, para procurar el beneficio de las mayorías, dentro de un esquema institucional de la política del Estado, convirtiéndose en el sustento de la política liberal del Estado-nación en formación. Llevarlo a cabo implicó borrar lo viejo y buscar nuevas alternativas para actualizarse, logrando imponer el liberalismo científico, quebrantando el vínculo religioso que abrió la brecha al liberalismo social, que además de dar vigor a la idea de progreso definió la personalidad política y social. La reestructuración del Estado-nación determinó condiciones laicas definiendo la frontera entre el pasado y el presente; se contextualizó el ideal colectivo-científico, de orden y equilibrio, bajo la custodia gubernamental acelerando el cambio a la modernidad.

El nuevo orden exigió la creación de instituciones para su ejercicio y cohesión e impulsó la renovación social con la idea de patentar el cambio y reafirmar la bonanza del progreso dentro de la estructura de productividad modernizadora. Se subordinó la libertad individual a la libertad pública, (libertad de culto, de comercio) conformando un sustento ideológico en la política liberal. A los valores morales se agregaron valores sociales: igualdad, democracia, justicia y fraternidad, revalorados a través del fundamento científico, definición de lo nuevo, de lo moderno con respecto del pasado. Se pretendió cambiar la estructura ideológica, separando las condiciones materiales de las espirituales, como el concepto de salud-enfermedad, que ahora se articulaba como parte del sistema funcionalista, al racionalizar y testimoniar las aspiraciones del liberalismo social. Se delimitaron reivindicaciones de interés colectivo como el problema de salud dentro de la postura política que la consideró como un problema social, como parte del ejercicio público dentro de los cánones del liberalismo, confirmando los principios sociales que tendían a la estabilidad y unidad y a mejorar la calidad de vida; de esta forma se destituía la atención de la salud por la vía espiritual por la de institución de beneficencia pública con carácter civil en la estructura administrativa.

El reciclamiento de edificios, derivado de la expropiación y nacionalización de los bienes de la Iglesia auspiciado por las Leyes de Reforma, asentó un golpe mortal a la oligarquía terrateniente colonial, transformando en patrimonio nacional y responsabilidad social su resguardo, definiendo jurídica y administrativamente al gobierno, que dio cober-

5. Informe del Ingeniero Constructor Roberto Gayol en la inauguración del Hospicio Nuevo en la Ciudad de México, *Archivo de la Secretaría de Salud*, EH, Leg. 31, exp 6, pp.2-3.

tura a las instituciones; desde su nacimiento gestionaron bajo los principios laicos, preparando la conciencia colectiva para admitir y corresponsabilizar la preocupación del beneficio de las mayorías. Quedaría asentado el carácter de estos establecimientos, al señalarse que es una obligación del Estado crear estos espacios para la ayuda médico-social. Con la desamortización de bienes del clero se asignaron inmuebles para la atención médica. De esta manera el liberalismo decimonónico dio un nuevo carácter a los hospitales, ya que desde ese momento el Estado no sólo se haría cargo de la administración y control de estos recintos, sino que la salud de los mexicanos quedaría bajo su responsabilidad, pero también dejaría muy claro los límites de ésta, señalando que no era precisamente que el Estado debiera otorgarla, en su papel de mediador y administrador, sino crear la logística para que se dieran las condiciones favorables para su establecimiento.

Se revolucionaba el concepto de hospital como institución e incorporaba al proceso de cambio socioeconómico del país, para instituirlo como parte del quehacer social del Estado, adquiriendo el rigor de institución civil, con el objeto de brindar la atención médica acorde a la modernidad de su tiempo.

La nueva nación fue consolidándose política y económicamente; con ello nacía una actitud para hacer frente a las enfermedades. Las ideas del liberalismo se fueron forjando y vislumbrando en la dinámica social. De esta manera, la prevención y la curación en el concepto de salud-enfermedad tenían la perspectiva que los liberales decimonónicos atribuyeron a la salud pública, ideas generatrices con las que la ideología liberal concretaba aspiraciones de higiene-salud, abriendo el camino a los gobernantes al tomar medidas en pro de la salud y crear espacios para asistir a la población que sufría las consecuencias epidemiológicas del cambio.

La práctica médico-sanitaria en México, aún cuando padeció los altibajos de un Estado en formación, gestó una concepción ambientando el tránsito hacia una política de salud, de la que germinaría una legislación urbana y arquitectónica, transformando en consecuencia el concepto de asistencia hospitalaria, al sustituir el principio de caridad cristiana, que prevaleció por más de trescientos años, al de beneficencia bajo el amparo y protección del Gobierno de la Unión, obligándose su administración a generar un plan nacional para la salubridad y asistencia médica.

Con el surgimiento de la química orgánica se especializaba la química y la biología (química médica y microbiología), definiendo el comportamiento de los microorganismos, entre ellos los virus, las bacterias y los parásitos, responsables de los altos índices morfológicos y muertes por enfermedades transmisibles (paludismo, fiebre amarilla entre otras); igualmente se abrió el panorama a la observación de los seres vivos y su evolución respecto al medio ambiente, fomentando la necesidad de perfeccionar la tecnología para su clasificación y medición. Se sustentó la teoría de los microorganismos, que a su vez confirmó la identificación y clasificación de enfermedades, orientando hacia la política de salud. Hubo la preocupación por la erradicación de éstas, por eso fue importante incorporar la salud pública y la atención médica al progreso.

Los avances en las investigaciones científicas y su aplicación en la medicina, así como las campañas higienistas y de vacunación coadyuvaban al abatimiento de la mortalidad y las consecuencias de las epidemias que sufría la población mexicana. Se sustentó la nueva teoría de la salud-enfermedad basada en el comportamiento de los microorganismos, fundamentando la salubridad, la prevención e higiene, principios que permitieron formar y consolidar la ciencia médica en el país. Se impulsó el ejercicio de la medicina científica en función de la investigación y práctica, se incorporaron los últimos adelantos de la ciencia, incluyendo las últimas innovaciones tecnológicas para su ejercicio, particularmente se puso énfasis en las condiciones, características físicas de los edificios y de su equipamiento.

En el proceso de renovación y modernización, la salubridad e higiene surgieron como elementos directrices y reguladores de la actualización y reorganización de la traza e imagen urbana, de la zonificación y proyección de los edificios de la obra pública como los nosocomios.

El conocimiento de la salubridad e higiene permitió legislar la práctica de campañas para la vacunación, se aplicaron bandos y otras medidas que estimularon a la prevención, a reformar y consolidar la salud pública y la atención médica y de los espacios donde ésta se ejercía.

Desde distintos ángulos se crearon las condiciones necesarias para intentar llevar una vida sana, evitar enfermedades e instaurar la infraestructura básica para la salubridad. La creencia de que el contagio se daba a través de miasmas (vapores malignos), que por medio del agua y el aire se propagaba, y la concepción de que las enfermedades se transmitían por aereación, y porque el agua putrefacta estancada a cielo abierto propagaba enfermedades virales, hizo que surgieran los primeros estudios que darían soporte teórico a las medidas que posteriormente se tomaron sobre las aguas y las atarjeas azolvadas que rodeaban y contaminaban a la ciudad de México. Las medidas higiénicas que se imponían dentro y fuera de los espacios hospitalarios se visualizaban como una necesidad social.

A medida que se delineaba e impulsaba una política para la salud, también se planteaba la necesidad de dotar de mejores condiciones físicas y tecnológicas a la práctica médica. Se buscaron alternativas para que el aire circulara dentro y fuera de las construcciones; se argumentó que era necesario darle una solución, convirtiéndose en un reto a resolver en los proyectos y adaptaciones de hospitales. Se modificaron las fachadas con este objetivo; se abrieron más los vanos para impedir que los “humores malignos” se concentraran en el interior, renovando el aire puro del exterior, se colocó mayor número de claros, particularmente hacia el exterior, con la posibilidad de aplicarse en los cuatro puntos cardinales, lo que dio como resultado la modificación del vano sobre el macizo concibiéndose así mayor área abierta en los muros y por lo tanto la transformación de la composición de las fachadas.

La rapidez con que la ciencia médica avanzaba requería de mayor espacio, los sistemas de las estructuras virreinales restringían el crecimiento vertical en los edificios, por lo que fue más práctico que se multiplicara el número de claustros, complicando y alterando el orden y su organización, no obstante que se hicieron esfuerzos para resolver lo mejor posible las condiciones de habitabilidad en los edificios existentes.

Se refuncionalizaron y acondicionaron inmuebles, etapa del siglo XIX que se caracterizó como transición hacia la modernización de la arquitectura de hospitales. Se adicionaron o redujeron espacios para nuevas actividades como laboratorios, salas de cirugía, áreas de consulta e investigación, servicios sanitarios, baños, bodegas, espacios para la residencia de los médicos, entre otros. La utilización de la crujía doble o aislada fue determinante para modificar la composición arquitectónica de claustro, ya que necesariamente se requería contar con los elementos básicos para la habitabilidad, higiene y funcionalidad.

Destaca en esta época que las salas de los pacientes se proyectaban tomando en cuenta el volumen del aire necesario por enfermo, calculado de acuerdo a índices preestablecidos en otros países, como lo demuestra un estudio comparativo que el arquitecto Eusebio de la Hidalga observó de los metros cúbicos por paciente en los hospitales contemporáneos de entonces hechos en el extranjero.⁶ Para poder argumentar su propuesta para el concurso de remodelación y actualización del Hospital de San Andrés en 1870, de la Hidalga propuso para el volumen de aire en las salas un parámetro intermedio entre los hospitales del exterior, procurando las condiciones del edificio y su ubicación. Tomó en cuenta la relación del largo del área de la base de las salas con respecto a su ancho y así determinar la altura del paralelepípedo, todo en función de la cantidad de camas y de los metros cúbicos que se requería por enfermo. De ese análisis propuso dividir y ampliar los espacios para aumentar el número de las salas. Además concibió que los techos se hicieran planos otorgando la función de azotea para colocar tinacos de almacenamiento de agua de lámina galvanizada en forma circular. Dispuso también una red de distribución sobre la azotea para bajar por gravedad el agua a las áreas más álgidas.

Consideró contundente abrir más la superficie de penetración de luz y aire en los techos, transformándolos en cubos de iluminación y eliminar espacios en la planta alta convirtiéndolos en azoteas, conectando las áreas menos favorecidas por la luz, ventilación y el asoleamiento; además abrió más vanos en los muros para incrementar estos elementos y garantizar la habitabilidad.

La evolución de la revolución científica y tecnológica inventó equipo, materiales, sustancias que se aplicaron en la experimentación y en las nuevas técnicas de curación, de cirugía y de atención médica, por lo tanto, se requirió de espacios para diferen-

6. González Servín, M. Lilia, *op. cit.*

ciar funciones, concebirlas bajo un programa de necesidades con los elementos básicos de la habitabilidad e higiene y admitiendo nuevos materiales y técnicas constructivas.

Debido a los nuevos hallazgos en la ciencia médica los hospitales se reorganizaron para albergar nuevas actividades, ordenando de acuerdo con las exigencias de la habitabilidad, mejorando la ventilación, iluminación y el asoleamiento. Percibiéndose la necesidad de un programa de requerimientos, donde se asegurara salubridad, habitabilidad y funcionalidad, se dio lugar a la concepción de ideas que transformaron la planta claustral en un partido arquitectónico, definido en la disposición de la iluminación, asoleamiento y principalmente en la ventilación e higiene, considerando rezagada en este sentido a las estructuras coloniales. Con esta visión se pasaría de la tipología arquitectónica de claustro a un sistema donde se incorporara lo más avanzado de la arquitectura y la medicina. De tal suerte que la visión cosmogónica del concepto de salud-enfermedad dejó de ser un castigo divino para supeditarse a los alcances logrados en la ciencia y la tecnología, evolucionado hacia la teoría de los microorganismos.

Se dejó a un lado el pasado iniciándose una nueva era que fue, tanto para la medicina como para la arquitectura, la cuna de la modernidad; había evolucionado el pensamiento científico con la investigación. Desde distintos campos se motivó a crear espacios habitables y funcionales, al proyectarse de acuerdo a los preceptos de ese momento, incorporándose al proceso de reordenación de la república y contribuyendo a la recuperación de la salud y evitando enfermedades intra hospitalarias.

De esta manera, los diseñadores de hospitales, médicos y constructores mexicanos tomaron en cuenta lo que se hacía en la edificación de los hospitales modernos en Norteamérica, Francia e Inglaterra. Particularmente se fijaron en aquellos que consideraban las condiciones climatológicas del medio ambiente (frío, calor, aire, luz y asoleamiento), en especial los que resolvían mejor la ventilación, asimilándose como los criterios factibles de una buena arquitectura. Se definieron normativas que regirían la disposición para diseñar los nuevos proyectos arquitectónicos. Al paso del tiempo se visualizó seccionar las construcciones virreinales, con la posibilidad de penetrar de manera conveniente los elementos naturales por toda la estructura, disminuyendo de esta forma el frío y la humedad; por lo tanto, se modificó el partido de patio central en los hospitales.

Los diseñadores de nosocomios tuvieron los elementos, el dinamismo y lucidez para proyectar otras composiciones espaciales, enriqueciendo incluso el partido de la disposición de claustro. Experimentaron la creación de formas inéditas -aprovechando la maleabilidad del acero y del concreto utilizado en la infraestructura existente- de modernización llevadas a cabo en el Hospital de San Hipólito en 1871 y, posteriormente, en el Hospital Juárez, donde las vigas de madera de los techos fueron sustituidas por vigas de acero presagiando mayor durabilidad e higiene por la ausencia de ornamentación. Las dovelas de ladrillo y el terrado de los entresijos fueron modificados parcialmente, colocando firmes de concreto que sellaban los pisos para evitar el anidamiento de animales. Con la aplicación de los nuevos materiales se concibió un sistema cons-

tructivo novedoso; con el acero se simplificó la altura de las columnas y su ancho, garantizando mayor penetración de aire, luz y sol, además de facilitar la limpieza. Se diseñaron marcos rígidos que justificaron la estática en la estructura y reemplazaban a los muros gruesos de carga, se hicieron divisiones con materiales más delgados. Se fabricó ladrillos de dimensiones menores, permitiendo angostar los muros y aligerarlos; se aplicó aplanados de concreto para sellarlos y hacerlos permeables e higiénicos al no permitir que en las juntas se acumulara el polvo y los animales.

En el Hospital de San Hipólito, en 1877, la Dirección de Beneficencia Pública construyó nuevos departamentos. Un año después, la Junta Directiva del nosocomio les colocó letrinas contiguas para evitar el deterioro de las comunes existentes y evitar corrientes de aire a los enfermos durante los traslados. Para 1880 se construyó un estanque de almacenamiento de agua, se reforestó la huerta para purificar el aire al circular por los árboles; se hicieron mejoras en los baños, es posible que en ésta época se hayan incorporado los últimos adelantos científicos y tecnológicos como la red de agua corriente que alimentaba a los baños a través de tuberías que venían de un tinaco elevado de lámina galvanizada.

Después de clausurar el Hospital de San Hipólito en 1910, el servicio se trasladó al Manicomio General de la Castañeda, y se llevó a cabo un inventario en el que se mencionaban las condiciones físicas del inmueble, se indica el sistema constructivo a partir del uso del fierro en la estructura de las vigas de los entresijos, que se sostenían en columnas del mismo material; en los baños y los sanitarios los muebles eran de porcelana con llaves de bronce. Los techos eran de madera y tenían un rodapié de recinto con los frisos de cantera. Los muros estaban pintados al temple, los pisos eran de concreto, los plafones de cielo raso, la iluminación era incandescente y había teléfono. Como ejemplo la siguiente descripción:

En la fachada SW se ubica el acceso principal situado en la esquina de la Sra. Del Carmen, formando un ángulo truncado, con un arco doble de cantera que corona la puerta de dos hojas con antepecho de medio punto de fierro.⁷

También en el inventario puede apreciarse la organización de los espacios en los patios. El primer patio tiene una fuente de mampostería con escalón, al sur se ubicaban “los inodoros (que) se componen de cuatro divisiones con tazas de porcelana con sus cajas para lavabo y tiraderos”. El segundo patio tenía baños con agua caliente, tinacos en las azoteas, azotehuela, cocina, lavadero con tubería oculta. En el tercer patio, en la parte alta, también había sanitarios con techos de madera y un tragaluz de 60 cristales y el piso de concreto.

Durante el porfirismo la tipología arquitectónica de claustro se renovó, contribuyendo a que la práctica médica atendiera al enfermo con la convicción de curarlo.

7. Archivo de la Secretaría de Salud. *La Beneficencia Pública, Estudios Hospitalarios, Hospital de San Hipólito.*

La atención del paciente se transformó, no sólo por la aplicación de los nuevos medicamentos, las técnicas quirúrgicas o el requerimiento sanitario, también se buscó que su recuperación fuera más placentera, a través de ofrecer mayor comodidad espacial.

La incorporación de la asepsia hizo imprescindible llevar el agua al área de cirugía y a otros espacios en el interior del edificio. Así, los constructores de los nuevos hospitales tuvieron que idear un programa arquitectónico dispuesto en la resolución de las instalaciones hidráulicas y sanitarias para contribuir a la asepsia y hacer más práctico el servicio al contar con redes de instalaciones para todo el conjunto arquitectónico. Se consideraron sistemas de abastecimiento y distribución del agua a través de redes que funcionaran por gravedad, dejando a un lado la pila central de los patios o aprovecharlas como abastecimiento intermedio para bombear el agua del aljibe y pozos a los tinacos de las azoteas. Construyeron pendientes para las bajadas de agua pluvial, se introdujeron tuberías, reemplazaron las cañerías por plomo para la red de drenaje al interior y exterior del inmueble, para evitar los focos de infección de las atarjeas. Estas innovaciones permitieron que los sanitarios se integraran en la distribución de las construcciones hasta concebirse como parte de la funcionalidad de los espacios. Se buscó que la orientación fuera la más favorable para garantizar que la ventilación se realizara de forma cruzada, regulándola mediante un equilibrado y simétrico ritmo entre el claro y el vano de los muros, siendo éstos de carga, colocados en paralelo para dar continuidad estructural; se colocaron trabas de cerramiento que funcionaban como madrinan para recibir el peso de las viguetas de acero que cruzaban los claros donde se apoyaron las bovedillas que cargaban el peso de los techos y de los entrepisos.

Bajo la perspectiva de la salubridad pública se fomentó el despliegue de actividades de utilidad pública; se impusieron los fundamentos para el planeamiento y construcción de hospitales, su establecimiento, organización, forma y utilización de materiales, entre otras consideraciones, que amalgamaban el comportamiento para los nuevos proyectos arquitectónicos indicando así las ventajas del sistema de pabellón.

El hospital no tiene más que un solo fin: buscar la cura, y todo debe converger en eso. El arquitecto debe trabajar en ello, como lo hace la medicina, con igual eficacia; ya que si la ciencia ha hecho notables progresos en el tratamiento de las enfermedades, también es cierto que las condiciones de la habitación del enfermo han sido igualmente mejoradas.

El pensamiento superior de todo programa de hospital: el curar, comodidad, aspecto pintoresco, todo después de eso. Nada de resistencias sordas a las exigencias del tratamiento: una economía sobre la ornamentación de una fachada es una virtud, una economía sobre el cubo de aire de los enfermos sería un crimen. El hospital está hecho para los enfermos, y esto nunca hay que perderlo de vista...⁸

8. Guadet, Julien, *Eléments et théorie de l'architecture*, op. Cit.

Se incorporaron prioritariamente a los edificios los adelantos de la ciencia médica y arquitectónica, se introdujeron progresos tecnológicos, como servicio de luz, sistemas de alimentación de agua, incluyendo la colocación de agua caliente, lo que requirió a su vez contar con calderas y una red de drenaje, sistemas de bombeo y almacenamiento, en algunos casos la reorganización espacial generó una lógica funcional. Se sustituyeron pisos de baldosas por cerámicas y concreto, se recubrieron las superficies con materiales, texturas o colores que facilitarían la limpieza, eliminando también la ornamentación en muros, jambas, pechinas, capiteles, gárgolas o columnas, todo con el fin de evitar el anidamiento de animales ponzoñosos, arácnidos, piojos y chinches; facilitando de este modo la prevención y abatiendo los índices de tifus y de mortalidad por este mal. Además, la desnudez arquitectónica facilitaba el aseo, el mantenimiento de las instalaciones (agua corriente, luz, incluso drenaje) que se habían colocado en el interior de estos recintos.

Tales fueron los cambios, que los hospitales se convirtieron en pioneros de la arquitectura al incorporar elementos y criterios de la modernidad.

No fue sino hasta fines del siglo decimonónico que se crearon las condiciones idóneas con las que se pudo alcanzar un mayor progreso en la medicina y la construcción. En la década de los años noventa del siglo XIX, con una mejor situación económica, el tesoro público permitió modernizar la infraestructura nosocomial existente y planear la construcción de nuevos proyectos arquitectónicos, definiendo su organización en función de las condiciones descritas. Las nuevas estructuras hospitalarias impulsadas por el Estado concretaron la aspiración social de otorgar servicio médico, definió a la higiene y a la salubridad como fundamentos regidores del programa de necesidades. Se dio apertura a una visión completamente distinta de proyectar los edificios y con ello el concepto moderno de hospital.⁸

9. González Servín, Ma. Lilia, Op. Cit.

*Patrimonio hospitalario de la ciudad de Puebla, México,
en tiempos del Virreinato
y sus iglesias como edificios anexos*

Maria Cristina Valerdi Nochebuena ⁽¹⁾

Jorge Sosa Oliver ⁽²⁾

Edmundo Sotelo Mendiola ⁽³⁾

Tanya Jiménez Juárez⁽⁴⁾

Misha Bautista Guzmán⁽⁵⁾

Facultad de Arquitectura de la Benemérita, Universidad Autónoma de Puebla (FA-BUAP). Secretaria de Investigación y Estudios de Posgrado. Ciudad Universitaria. Puebla Pue., México

Introducción

La presente comunicación tiene la intención de difundir y ampliar el conocimiento de aspectos histórico-arquitectónicos de edificios hospitalarios que como parte del patrimonio edificado de la ciudad de Puebla, le ha valido la declaración de Ciudad Patrimonio de la Humanidad en 1987, para lo cual se tiene como propósito mostrar las

1. Profesora Investigadora de la FA-BUAP, Diplomada en Desarrollo Sustentable por la Universidad Iberoamericana-Puebla (UIA), con Maestría en Docencia Universitaria por la UIA-Puebla y Candidata a Doctor en Conservación y Restauración de Sitios y Monumentos por la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, Coordinadora General de Investigación de la FA-BUAP. Perfil Deseable del Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP), Miembro del Padrón de Investigadores Institucional. Líder del Cuerpo Académico de Diseño. Evaluadora y Miembro del Comité Técnico del Consejo Mexicano de Acreditación de la Enseñanza de la Arquitectura (COMAAEA). Asistencia a eventos nacionales e internacionales, Diversas publicaciones.

2. Profesor Investigador de la FA-BUAP, con Especialidad en Construcción por la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP).

3. Profesor-Investigador y Coordinador de Calidad y Educación a Distancia de la FABUAP Con Maestría en Diseño Arquitectónico por la FABUAP.

4. Alumna del Colegio de Diseño Gráfico de la FA-BUAP.

5. Tesista de la Licenciatura en Arquitectura y Prestadora de Servicio Social de la FA-BUAP

características de este patrimonio hospitalario, así como el estado actual en que se encuentra de manera general, pero haciendo énfasis en uno de ellos en especial por razón misma de su importancia.

Se identifican siete edificios hospitalarios: San Pedro, San Cristóbal, San Roque, San Juan de Dios, Belén, San Pablo y el Hospitalito, los cuales en la actualidad no funcionan como tales, sino que han sufrido variaciones de uso a través del tiempo. Se puede decir que estos espacios casi siempre fueron parte integrante de un conjunto de edificaciones destinadas a la preservación de la fe cristiano-católica (iglesias y otros espacios como monasterios y conventos) cuyo objetivo ideológico sería implantar y difundir la fe cristiano-católica infundida e implantada a partir de la conquista española en tierras americanas.

En lo referente a la metodología, se ha realizado investigación documental y de campo, a partir de una revisión histórica para construir los antecedentes hasta la realización de una descripción física que lleva a la observación de la iglesia como espacio de culto religioso y como parte integrante de un conjunto adyacente destinado a la salud de la comunidad, necesariamente indispensable por razón ideológica y que ha prevalecido sobre el uso original de las edificaciones de que formaba parte en conjunto. Es decir: el uso de las iglesias sigue siendo el mismo pero los edificios contiguos con destino hospitalario han modificado su uso a través del tiempo.

En este contexto, como edificio más representativo se observa al antiguo hospital de San Pedro, actualmente reutilizado como Museo de Arte Virreinal, después de haber tenido diferentes usos principalmente en el S. XX, y en el cual se llevó a cabo una interesante intervención de diseño y conservación y del cual se presenta información más detallada tanto en lo histórico como en lo arquitectónico.

Así, se estructura esta comunicación presentado cinco de los siete edificios hospitalarios y sus iglesias partiendo de su ubicación, año de fundación o construcción, una reseña histórica y la descripción física, los cuales se encuentran localizados en el Centro Histórico de la ciudad, el cual está conformado por cerca de tres mil monumentos civiles y religiosos, plantados en siete kilómetros cuadrados; el Centro ha sido enlistado por la UNESCO en París, como sitio Patrimonial de la Humanidad, calificativo obtenido después de una labor iniciada en 1977 (Palou, 1993:141, en Fajardo Ortiz, 2002)

Hospital de San Pedro y su Iglesia

Actualmente Museo de Arte Virreinal

Ubicación: 4 norte 200.

Año de construcción: 1545

Uso original del edificio: hospital que atendía calenturas, tifus, fiebres intestinales y enfermedades de la piel; la situación empeoraba cuando había epidemias. A fines del S. XVII se le agregó el recién fundado Hospital de las Bubas.

Reseña histórica: el hospital de San Pedro existió en 1545, en tiempo del Virrey, cuando por su deseo los hasta entonces nombrados como “el Hospital de la Iglesia” y el “de la Ciudad” (Hospital de San Juan de Letrán) fueran juntados para formar un solo instituto. En el presupuesto del obispado se contemplaba un asiento para hospitales, viéndose un escudo del obispado en la fachada del edificio; sin embargo esta idea de juntarlos no se llevó a cabo pues se dispuso que en éste se curara a los hombres, hasta que en tiempos del obispo Palafox (1640-1649) se reunieran en él a los enfermos de ambos sexos, de acuerdo al antiguo consejo del virrey. En 1565, en el testamento del obispo Villagómez (1562-71) de 1570 recibe la advocación de San Pedro y San Pablo.

A fines del S. XVII se le agregó el recién fundado Hospital de las Bubas⁶.

Según Villaseñor y Sánchez, en 1746 el hospital estaba a cargo de los religiosos de San Juan de D, en la segunda mitad del S. XIX fungían como enfermeras las Hermanas de la Caridad, las cuales prestaron sus servicios en el hospital durante veintitrés años, al tiempo que administraban el orfanato de San Cristóbal, cercano al San Pedro; sus labores religiosas se complementaban con tareas de enfermería, participaban en curaciones, aseaban y alimentaban a los pacientes, también contribuían a mantener limpias las salas de hospitalización. Las religiosas dejaron la institución al aplicarse las disposiciones de la Reforma, hasta su expulsión en 1875.

Veytia, en 1789 y el padrón de 1832 le llamaron Hospital General de San Pedro y Hospital General del Estado, siendo el título oficial hasta por lo menos 1887. El templo aledaño fue bendecido en 1679. (Leicht, 1967: 420)

El historiador Mariano Fernández de Echeverría (1718-1770), contemporáneo de Ignacio Doménech, esquematizó la disposición estructural del hospital en los siguientes términos: “... una gran fábrica, con un explayado patio enclaustrado de arcos sostenido de columnas y en lo alto de sus correspondientes corredores de igual arquitectura, y en todos ellos la entrada a grandes salones, en que están de uno y otro lado las camas de los enfermos con sus respectivas divisiones y separación de piezas para las diversas enfermedades, de suerte que los heridos están separados por atabarrillados de los infectos de calenturas malignas, que puedan contagiarlos; y del mismo modo, están enteramente separadas las enfermerías de mujeres, con sirvientas de su sexo que las medicinen y asistan”. (Fernández de Echeverría y Veytia, 1931:101, en Fajardo Ortiz, 2002).

La dotación de recursos financieros fue permanentemente difícil, se llegó así a los últimos años del siglo XVIII. La institución comenzó a solucionar sus problemas, I. Doménech, creó y conformó una estructura financiera, el Fondo Piadoso. En 1796 el

6 Curación del humor gálico, que por corrupción llamaban landre o bubas o mal francés (el mal venéreo). Leicht, 1967:348, que G. Fracastoro denominó Syphilis, sive morbus gallicus en 1530. Previamente, Francisco López de Villalobos (1474-1549) médico judío en la corte de Fernando el Católico. By Francisco Guerra, Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares. Excelsior, Ediciones Especiales (No. 11)1992. <http://muweb.millersville.edu/~columbus> accesado el 14 de marzo 2007

virrey Miguel de la Grúa Talamanca y Branciforme fue uno de los contribuyentes. El fondo también se nutrió de recursos provenientes de particulares y de una hermandad; por otra parte, para solucionar mejor los problemas monetarios, a los enfermos se les solicitaba aportaciones en efectivo, las personas viudas podían ser eximidas si así lo ameritaba su condición socioeconómica; había registros contables e I. Doménech expedía los recibos de los donativos.

El hospital Real de San Pedro de Puebla de los Ángeles, por su localización céntrica en la ciudad, vecindad con el centro político y con el núcleo religioso de la misma, por su majestuoso edificio, difícil de superar y por su liga con el desarrollo de la medicina en Puebla, fue el mejor lugar para albergar enfermos y transmitir experiencias y conocimientos médicos. Durante 25 años, a partir de 1917, el inmueble fue prácticamente abandonado por las autoridades gubernamentales, los espacios que daban al exterior se rentaron. Entre 1941 y 1980, por indicaciones del gobierno del Estado, el inmueble se destinó a “Palacio del Deporte”; en 1964 parte del edificio fue sede de la Escuela de Arte Teatral de Puebla, del Instituto Nacional de Bellas Artes. Estas acciones, aunadas a una ocupación de otras áreas del ex -hospital por oficinas de diversa naturaleza (gubernamentales, sindicales, particulares, etc.) y comercios en el exterior, todo sin orden, determinaron destrucción de aspectos históricos y malas improvisaciones; dieron lugar además a escombros, depósitos de basura y fauna nociva, deteriorando al inmueble más que el tiempo y la intemperie de cuatro siglos.

Descripción física: La infraestructura física y uso de las áreas del hospital se modificaron a través del tiempo, los cambios obedecieron a las demandas de servicios y a la disponibilidad de fondos. A partir de los últimos años del siglo XIV el acceso principal se localizó en la calle 4 norte, inmediato a la iglesia; era un portón de dos hojas de madera, los locales de la planta baja que circundaban al patio eran dedicados a servicios administrativos -rectoría, sacristía, bodegas, lavandería, ropería, proveeduría, cocina, botica y cementerio- y en la planta alta había ocho salas para enfermos y cuartos para el personal. Las salas de internación se encontraban orientadas de norte-sur y de este-oeste, eran alargadas, tenían acceso a los corredores, contaban con ventanas y balcones que daban al exterior, las salas se comunicaban entre sí, sus techos eran altos, abovedados, con torrecillas externas que permitían la entrada y salida de aire. El patio principal tenía en su centro una fuente, el acceso a la planta superior se hacía por una escalera monumental, de gradas de piedra, que se encontraba a la derecha del portón principal. En la planta baja, junto al inicio de la escalera, estaban ubicados los “comunes”, una especie de letrinas; los había tanto para el personal como para los internados.

Durante la época colonial y parte del siglo XIX el Hospital de San Pedro se abasteció de agua potable a través de caños elevados y de cajas o depósitos, que a su vez se aprovisionaban de manantiales; la dotación de agua no era fácil, se ha expresado al respecto; *“Durante toda la colonia el agua aparece como sujeta a la potestad inminente del soberano y en consecuencia, al derecho a disponer de la misma”*. (Loreto López R, Cervantes BJF, 1994:25, en Fajardo Ortiz, 2002).

En la parte posterior del hospital se depositaban los desechos y basuras. En las dos últimas décadas del siglo XIX el Hospital de San Pedro era una estructura difícil de mantener y limpiar, no sólo por las dimensiones, sino también por los materiales empleados en su edificación.

En sus fachadas hay dos placas, una se encuentra cerca de la salida, su inscripción dice: *“Es éste el portalón de la Calle de las Cruces, por el cual en 1791 salía a las cuatro de la mañana el carretón con los cadáveres de los fallecidos durante la noche y el día anterior en el Real Hospital de San Pedro para el Campo santo Xanenetla”*; la otra placa se encuentra hacia el término del edificio, cerca de la calle 2 Norte y dice: *“Escuela de Conservación y Restauración de la Secretaría de Cultura del Gobierno del Estado de Puebla, 1996”*. Otra limitación del hospital es la calle 4 Norte, antes calle San Pedro, que presenta la fachada principal y el acceso más importante; a los lados del mismo hay dos placas, la del lado izquierdo dice: *Gobierno del Estado. Secretaría de Cultura. Dirección General de Museos, Ferias y Tradiciones. Puebla de Zaragoza, 1993* y presenta datos de la historia del hospital.

En cuanto a la planta arquitectónica presenta la “claustral”, en las paredes del claustro hay dos placas, una de cerámica, de 1952 que hace alusión a la celebración de las bodas de oro de la Asociación Poblana de Básquetbol; la otra placa, de mármol, indica que el 20 de Agosto de 1883 se fundó en el Hospital de San Pedro la Sociedad de Beneficencia de Puebla; tiene fecha 20 de agosto de 1983.

En el cubo de entrada del edificio hay dos escritos, el del lado izquierdo, dice: *“Archivo General del Estado. Este edificio fue restaurado con fondos del convenio único de coordinación celebrado entre el Gobierno Federal del Estado. H. Puebla de Zaragoza, 5 de noviembre de 1980”*; el letrero de lado derecho expresa: *“Las obras de adaptación del Hospital de San Pedro, construido en 1544 para transformarlo en Palacio del Deporte conservando sus características de arte colonial, fueron ejecutadas por la administración presidida por el C. Ing. Carlos I. Betancourt, Gobernador constitucional del Estado e inaugurado por el expresado funcionario en esta fecha. Puebla de Z. a 21 de febrero de 1948”*.

En el centro del patio existió una fuente de piedra que probablemente desapareció cuando el patio se usó para practicar básquetbol, fútbol, o voleibol.

Sus fachadas estaban conservadas íntegramente, recubiertas con un gran paño de ladrillo, con un hermoso escudo de la Catedral -una jarra con azucenas- en un marco con tres perillones y arriba con un óculo mixtilíneo. Se encuentran además ventanas con barrotes y algunos balcones; en la parte central de este lado hay un escudo en relieve del obispado de Tlaxcala-Puebla, destacando la tiara papal.

Como edificio de salud fue uno de los más bellos de Puebla, después de muchos usos es un edificio intervenido para funcionar actualmente como edificio cultural según decreto que lo oficializa como Museo Poblano de Arte Virreinal, organismo público descentralizado.

Otra colindancia del edificio corresponde a la iglesia, con la que se comunica por una puerta; la iglesia está limitada por la calle 2 Oriente, que antes se conocía como calle del Costado de San Pedro. La otra limitación es irregular, da a la calle 2 Norte a través de otras construcciones.

La iglesia

Posee una sola nave en esquina, la fachada es muy sobria, con influencia herre-rana y posee dos pilastras de orden toscano y arco de medio punto. Sobre el entabla-mento, pináculos piramidales con bolas, flanquean un marco de cantería, donde se supone pudieron haber estado las Armas Reales actualmente se ve el muro liso. Sobre el entablamento se ven dos cariátides y en medio un gran óculo. La cornisa de remate esta formada por un frontón roto, a los lados de la espadaña de tres campaniles y en los extremos se encuentran almenas.

En el muro del costado hay contrafuertes prismáticos con rejeles y en la parte alta, gárgolas. Su interior, con decoración del S. XIX. (Toussaint, 1954:161).

Descrita en la Monografía del Hospital de San Pedro en los siguientes términos:

“... es un edificio religioso, que tiene como características una nave y cinco tra-mos. Tramos que son cubiertos por cuatro bóvedas de arista y en el tramo central, una cúpula sin tambor. Es la falta de este elemento arquitectónico el que provoca un ambiente de penumbra interior más notable que en otros edificios religiosos de la época; a pesar de que cada tramo tiene ventanas a los lados de la nave, el edificio reli-gioso es de mayor altura que el resto del edificio hospitalario.

El coro, cubierto con una bóveda de arista, tiene frontales elípticos y su nivel del piso no es correspondiente con el de la planta del edificio hospitalario. Otra caracte-rística del edificio religioso del ex-Hospital de San Pedro es la de contar con tres acce-sos, además del de la sacristía, que se localiza en el extremo izquierdo del retablo prin-cipal”. (UAP, 1993:17-18).

Actualmente la iglesia sigue en funciones de culto religioso católico.

Hospital de San Cristobal y su Iglesia

Ubicación: 4 norte 600

Año de construcción: 1604

Uso original del edificio: hospital para niños expósitos

Reseña histórica: El hospital de niños expósitos de San Cristóbal fue fundado por el cura de Tlacotepec, don Cristóbal de Rivera y su hermana doña María. En 1606 ya existía pues los fundadores nombraron por patrono al obispo Diego Romano, quien gobernó hasta ese año. Existió una iglesia vieja, pequeña y pobre hasta 1673, cuando abrieron los cimientos del actual; al año siguiente el arquitecto Carlos García de Durango (acaso arquitecto del nuevo templo) autorizó a Francisco de Guadalajara a derribar unos cuartos que caían sobre la capilla de la iglesia vieja. De 1676 a 1687 duró

la obra del nuevo templo, que fue dedicado a partir del 8 de diciembre cambiando su advocación a la Purísima. (M. Toussaint, 1984:168)

En los siglos XVII y XVIII se llamaba hospital o colegio de niños expósitos del señor San Cristóbal (1703). Cuna, le llaman Cerón Zapata (1714), Peña (1835), y la Noticia Curiosa (1860); Hospital de Cuna, Veytia (1780), casa de expósitos el padrón de... (1832); orfanatorio Villasánchez (1746), nombre que se usa desde mediados del siglo XIX. (Leicht, 1967:).

El edificio actualmente se encuentra en buen estado, su fachada sobria y de buenas proporciones consta de dos pisos con tres claros en cada uno. El central corresponde a la entrada, es más amplio y el balcón de arriba más ornamentado que los otros; sobre él se ve una gran hornacina con una escultura en piedra que representa al primitivo patrono San Cristóbal.

Descripción física: De planta cruciforme, cúpula con tambor, cubierta con azulejos por fuera. El interior es riquísimo, recubierto de relieves de yesería como la capilla del Rosario pero sin dorar, aunque sigue el mismo tema. La fachada del templo perdió sus torres en 1856. Construida en cantera gris ostenta una bordadura de relieves como un escudo, su cuerpo bajo está constituido por dos pares de grandes columnas corintias, con el primer tercio cubierto de relieves y el resto del fuste con estrías onduladas. A pesar de que las entrecalles son muy angostas en el intercolumnio hay estatuitas de ángeles.

Las jambas y la rosca del arco son riquísimas, esculpidas en su totalidad, y la clave está formada por dos niños que simbolizan a los expósitos que cuidaba al hospital. Sobre la vigorosa cornisa se forma un gran basamento con cuatro plintos profundamente destacados a los ejes de las columnas. Sobre ellos, en los de los extremos, pináculos piramidales con bolas y en los centrales, ángeles con broqueles. En medio, entre dos relieves con el jarrón florido, está el emblema de la catedral, un hermosísimo relieve en mármol de Villerías, que representa a San Juan escribiendo el Apocalipsis con los símbolos habituales: la mujer alada, el dragón, el árbol que cobija al evangelista. Se notan ciertos detalles de arcaísmo, por lo que pudiera tratarse de una pieza más antigua que la fachada. Por remate, una ventana suntuosamente enmarcada y protegida por un cornisuela.

Hospital de San Roque y su Iglesia

Ubicación: 6 norte 400

Año de construcción: mencionado por primera vez en 1591

Uso original del edificio: hospital de convalecientes y de dementes

Reseña histórica: Perteneció a la orden de San Hipólito. Otro tanto sucedería en América, donde Fray *Bernardino Álvarez* creó la Orden religiosa de San Hipólito para “curar locos”, fundando hospitales para este tipo de enfermos en Oaxtepec, Zalapa, Perote, San Juan de Ulúa, La Habana, Puebla de los Ángeles, Antequera en el valle de Oaxaca, Querétaro y Acapulco

Para los hombres, establecían las Ordenaciones de 1723, había un Padre y para las mujeres una Madre, *“los cuales tendrán cuidado de vestirlos y hacer que anden limpios, mudándoles camisas y ropa de cama a sus tiempos y que coman a sus horas”*.

La asistencia del hospital estaba a cargo de los hermanos legos de la Orden de la Caridad del Mártir San Hipólito, por esto se le designa en 1746 como Hospital de San Hipólito de la Caridad. Sin embargo se encuentra también como fecha de Hospital de San Roque en 1614. En el hospital se albergaban durante el siglo XVII, los pobres pasajeros que venían de España.

En 1820, cuando fueron suprimidas las órdenes hospitalarias por las Cortes Españolas, los religiosos de San Roque quedaron en posesión de su hospital, siendo nombrado en 1777 Hospital de Convalecientes de San Roque, aunque en el plano de Medina (1754) se lee como Hospital de dementes de San Roque, en 1780 y 1787, Hospital de Hombres dementes, en el plano de la Guía de 1852. En 1869 se trasladan los hombres al ex-convento de Santa Rosa, quedando únicamente ahí las mujeres. En el siglo XX funcionó como Asilo de mujeres dementes y actualmente ha sido intervenido para funcionar como Casa del Artesano.

La iglesia

Respecto del templo primitivo, a éste se le hunde el techo en 1656, siendo reedificado en 1662, habiendo aportado los fondos Don Roque de Pastrana, quien muere en 1669, consagrando tres años después el nuevo templo.

En el sitio de Puebla en 1834 se derrumbó la torre, estrenándose una nueva al año siguiente.

Planta de una sola nave con cúpula octogonal sin tambor, con lucernarios, bóveda de cañón corrido con lunetos, iluminación con ventanas geminadas, altar neoclásico, portada y campanario en estilo neoclásico.

Hospital de San Juan de Dios y su Iglesia

Edificio: portada del hospital de San Juan De Dios, originalmente llamado Hospital de San Bernardo

Ubicación: 16 oriente N° 1

Año de construcción: fundado en 1629, bendición del templo en 1681.

Uso original del edificio: Hospital de enfermos indigentes

Reseña histórica: Don Antonio Hernández cedió el solar para el hospital de los juaninos, en Puebla en el año 1626. Se supone que el capitán y arquitecto Francisco Aguilar dirigió la obra, cuando años después se fundó el instituto. En 1631 se le concede una merced de agua.

En las postrimerías del siglo XV el portugués Juan de Dios (1495-1550), conmovido por las predicaciones del padre Juan de Ávila, se apartó del mundo dedicándo-

se a la atención de los enfermos. Al ver el amor y la ternura que ponía en su empresa, el Arzobispo de Evora⁷ le concedió el uso de tosco hábito y lo nombró Superior de unos cuantos abnegados hombres que siguieron su ejemplo.

Durante la conquista se embarcaron para el Nuevo Mundo los juaninos Pedro Serrano y Pedro Gazunvi, estableciéndose en la Isla de Santo Domingo. Posteriormente, el 20 de febrero de 1604 y con permiso del Nuncio, llegaron a Veracruz cinco hermanos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios: Cristóbal Muñoz, Bruno de Ávila, Juan de Segura, Gonzalo de San Esteban y José Leonardo.

En 1606 Bruno de Ávila regresó a España para traer a siete religiosos más para cubrir sus necesidades. Entre ellos llegó Fray Carlos Zibico de la Cerda, que prestaba servicios en el Hospital de Nuestra Señora de la Paz, en Sevilla, trasladándose a Puebla de los Ángeles en 1626.

Tres años después consiguió que el Ayuntamiento le cediera una paupérrima ermita dedicada a San Bernardo, advocación para la iglesia tomada por el interés que el Obispo Gutierrez Bernardo de Quirós (1627-1632), en la que instaló unas camas para atender enfermos indigentes.

Su entusiasmo movió el corazón de los vecinos y las limosnas se metamorfosearon en comodidades para los pacientes, quedando listas al poco tiempo, veinte camas donde recibían consuelos, medicinas y ternura otros tantos indígenas, aparte de los que eran curados en el atrio de la Ermita.

Fray Carlos Zibico de la Cerda, después de instalar la enfermería, donde impe-
raban el aseo y el orden, construyó las oficinas del hospital y las viviendas para los diez religiosos, dos sacerdotes, un boticario y un cirujano.

El terreno donde se construyó el ya Hospital de los Juaninos fue donado por Antonio Hernández en 1626 y en los que se construyó la iglesia fueron cedidos por el capitán y arquitecto Francisco de Aguilar.

El 16 de agosto de 1711 un fortísimo temblor destruyó el convento, que ya entonces se llamaba de San Juan de Dios. Para su reconstrucción cooperaron los vecinos, al ver el empeño del Maestre-escuela doctor Juan Godínez, el prior Fray Juan Jiménez, Fray Pedro del Águila, gran predicador y poeta latino y Fray Juan Carnero. Estos personajes dejaron huella imperecedera en el Hospital.

Se escribe que fue Fray Juan Abreu quien remozó la iglesia y mejoró el hospital, no obstante las molestias que tuvo con la Ley de las Cortes Españolas, que abolió todos

7 Ciudad portuguesa de sabor romano y musulmán, los siglos no le han arrebatado cierto ambiente provinciano en cuya aureola se inscriben más de trescientos monumentos. Por ello, por su permanencia orgullosa e intacta sobre una leve colina, ha recibido la especial protección de la UNESCO, que nombró a esta villa Patrimonio de la Humanidad en 1986. <http://www.revistaiberica.com>

los establecimientos religiosos; los hermanos de San Juan de Dios no acataron dicha ley y el floreciente hospital siguió prestando servicio, siendo necesario nombrar síndicos, entre los más notables, don Rafael Izunza y don Juan Francisco del Castillo.

En los corredores del claustro existía una magnífica colección de pinturas, representando la vida de San Juan de Dios, debidas al pincel de Juan Carnero.

Para 1820 las órdenes hospitalarias fueron suprimidas pero los frailes continuaron en su casa hasta la exclaustación ordenada por las leyes de Reforma (Toussaint, 1954:163). Así, convento y hospital “*se convierten en 1867 en la cárcel pública y en 1901 queda transformado en palacio Penal*”. (Leicht, 1967: 104). Actualmente funcionan allí los juzgados y el registro público de la propiedad.

La iglesia

La iglesia tardó mucho construirse; el 14 de agosto de 1667 fue puesta la primera piedra de ella por el Obispo D. Diego de Osorio Escobar y Llamas, siendo Prior de la Comunidad Juanina Fray Baltasar Rosell. Por la escasez de recursos la construcción de la iglesia demoró catorce años, siendo bendecida el 8 de junio de 1681.

El templo era amplio y bien alhajado, sus ornamentos riquísimos, la plata abundaba en candiles y candelabros, en arandelas y tabernáculos.

La portada es muy severa, de reminiscencias puristas, con dos pares de columnas abajo, grande y bello relieve enmarcado y pináculos piramidales a los lados. Remata una ventana con un frontón roto y escudo.

En la fachada y el púlpito se ve el escudo de la orden. Es una cruz, cuyo pie forma una estrella de cinco puntas. Abajo hay una granada, aludiendo a la ciudad de Granada. El relieve de la fachada representa al santo lavando los pies a Jesucristo, que, según la tradición, *se le apareció de pobre*. (Leicht, 1967:104).

Es una planta de cruz latina, con crucero y cúpula sin tambor, relieves en las pechinas y bóvedas de cañón corrido con lunetos. Subsiste un retablo churrigueresco, estrenado al decir de Veytia en 1775. Hay cuadros de Castillo y Zendejas, destacando un San Bernardo fechado en 1774. (Toussaint, 1954: 166).

El Hospitalito (San Juan de Letrán) y su Iglesia

Actualmente Museo Amparo

Ubicación: 2 Sur 700

Año de construcción: fundado en 1534

Uso original del edificio: Hospital de mujeres

Reseña histórica: al Museo Amparo lo albergan dos antiguos e importantes edificios virreinales de los siglos XVII y XVIII conocidos popularmente como El Hospitalario, que fueron restaurados y se adaptaron para tal efecto.

Uno fue el antiguo Hospital de Nuestra Señora y San Juan de Letrán, fundado hacia 1534 y transformado por el obispo Juan de Palafox y Mendoza a mediados del siglo XVIII e instalado en el colegio de niñas vírgenes trasladando a las enfermas, uso que se conservó hasta el presente siglo.

Otro es una hermosa casa poblana del siglo XVIII, con su típica fachada recubierta con ladrillos. En un tiempo formó parte del Hospital, después fue Depósito de Mujeres Casadas, bajo la advocación de San Juan de Letrán, a partir de 1871, casa de la familia del abogado poblano Vicente Espinosa Bandini, abuelo del filántropo Manuel Espinosa Yglesias.

Conocido como el Hospitalito, se curaba allí sólo a mujeres, quienes fueron trasladadas al Hospital de San Pedro entre 1640 y 1649, aunque al edificio se le siguió llamando Hospital. Tuvo diferentes nombres: Hospital de Nuestra Señora (1675, 1691, 1714), Hospital de Nuestra Señora de la Limpia Concepción (1697-1703), Hospital de Ntra. Sra. de la Pura y Limpia Concepción (1732), Hospital de Nuestra Señora de la Concepción (1734) y Hospital de San Juan de Letrán (1800-1824).

Cuando se convierte en colegio también tuvo diferentes nombres: Colegio de niñas (1691), Colegio de Niñas Vírgenes (1693- 1737); en 1748 se le añade la advocación de San Juan de Letrán, encontrándose en 1703 una denominación combinada: Hospital de Ntra. Señora y Colegio de Niñas Vírgenes.

También se escribe que el Obispo Santa Cruz (1676-99) se sirvió del templo para fundar otros tres colegios para doncellas pobres, esperando que después fueran religiosas: San José de Gracia, Santa Gertrudis y San Francisco de Sales, posteriormente reducidos a San José de Gracia y Santa Teresa. Estos colegios fueron posteriormente administrados por otras órdenes de religiosas, como las Jerónimas luego las Ursulinas y por último las Josefinas. (Leicht, 1967: 402-404).

La iglesia

Construida entre 1707 a 1721 en una planta de una sola nave sin crucero, con cúpula sobre pechinas sin tambor y con bóveda de canon corrido con lunetos; el testero rectangular cuenta con un retablo barroco de transición al neoclásico.

Cuenta con una capilla lateral de planta cruciforme cubierta por una cúpula de gajos sobre tambor y poco peraltada. (Toussaint, 1954: 165).

A manera de conclusión

Como se escribió inicialmente acerca de la intención de la comunicación, se ha presentado parte del Patrimonio Hospitalario de la Ciudad de Puebla en tiempos del virreinato. Después de la investigación de campo realizada se observó el cambio de uso que han tenido los espacios que funcionaron como edificios de salud, generalmente

adosados a uno de tipo religioso y administrados por las diferentes órdenes religiosas que arribaron a América y en particular a Puebla.

Se observó igualmente que por ser la religión católica predominante en México, las iglesias siguen funcionando para el culto en contraste con los antiguos Hospitales que en su origen atendieron a diferentes padecimientos.

Por lo tanto se puede afirmar que el patrimonio edificado hospitalario no conserva el uso original, no obstante que los edificios en los cuales estuvo albergado siguen funcionando, pero por motivos del avance tecnológico en el campo de la medicina se confirma que estos espacios no podrían albergar actualmente todo el equipo e instalaciones adecuadas para cumplir con los objetivos en cuestiones de salud; así, en esta ciudad se han incrementado en cuanto a satisfacer esta demanda, tanto a nivel público como privado, debido al crecimiento poblacional que la localidad ha tenido en los últimos años. Sin embargo los servicios de salud generalmente no satisfacen las necesidades de toda la población, en particular de la económicamente débil.

Bibliografía

- Fernández de Echeverría y Veytia M.** (1944). *Historia de la Ciudad de Puebla de los Ángeles*. Su descripción y presente estado. México, D. F. Imprenta Labor.
- Leicht, H.** (1967). *Las calles de Puebla*, Puebla. México: Comisión de Promoción Cultural del Gobierno del Estado de Puebla
- Toussaint, M.** (1954). *La Catedral y las Iglesias de Puebla*. México: Porrúa
- Universidad Autónoma de Puebla**, (1984) Departamento de Investigaciones Arquitectónicas y Urbanísticas del Instituto de Ciencias. Monografía del ex-Hospital de San Pedro. Puebla. Pue. p.17-18.
- Acad. Dr. Guillermo Fajardo Ortiz.** *Un pasado con mucho presente. El hospital Real de San Pedro en pPuebla de los Ángeles*. *Cir Ciruj.* [Online]. Nov. /dic. 2002, vol.70, no.6 [citado 17 Marzo 2007] Disponible en la World Wide Web: <http://scielo-mx.bvs.br/scielo>. ISSN 0009-7411.
- Gilberto F. Aguilar.** *Hospitales de antaño: El Hospital de San Bernardo(Puebla, México)*. Sugestiones. REVISTA BIOMEDICA. Volumen 7:65-66. Año XVI, Número 176. Abril 1950. Enero-Marzo 1996. <http://www.uady.mx/~biomedic/rev-biomed/html/revb9671.html>. accedido el 17 de marzo 2007
- Barrios Flores, Luís Fernando.** *El internamiento psiquiátrico en España: de Valencia a Zaragoza (1409-1808)**. *Rev Cubana Salud Pública*, jul.-dic. 2002, vol.28, no.2, p.224-245. ISSN 0864-3466.
- Barrios Flores, Luís Fernando.** *El internamiento psiquiátrico en España: de Valencia a Zaragoza (1409-1808)**. *Rev Cubana Salud Pública*. [Online]. Jul.-dic. 2002, vol.28, no.2 [citado 26 Marzo 2007], p.224-245.

*Recuperación de los archivos fotográficos
de los doctores Flavio Niño y Salvador Mazza*

Dra. Graciela Silvia Molina¹

Desde el punto de vista de la conservación preventiva de colecciones fotográficas, sean estas analógicas o digitales, la intervención sobre ellas parten de mismas premisas y conocimientos científicos. La praxis archivística utilizada es la misma, pero la tarea vinculada con los aspectos físicos de los objetos es distinta. Entre algunas de las diferencias se encuentran el origen, las tareas de la reproducción y de autenticación de los documentos. Es importante considerar la visión global de la intervención en una colección, y no tomar actitudes aisladas que podrían desvirtuar la misma en las tareas de preservación y difusión de las imágenes.

En la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, el Departamento de Humanidades Médicas, Instituto de Historia de la Medicina, durante el año 2002 comienza a trabajar sobre los archivos fotográficos pertenecientes a los Museos Vicente A. Risolía y Houssay de Ciencia y tecnología.

El material proviene del recupero del mismo desde distintas dependencias de la Facultad de Medicina.

Se trata de 910 negativos de vidrio, técnica gelatina bromuro, formato 6 x 9 cm, de temática científica, pertenecientes a la colección Flavio Niño y aproximadamente 2000

1. Médica pediatra. Técnica en restauración de bienes culturales. Becaria en el Seminario de Conservación de Materiales de Archivos y Bibliotecas realizado por la Fundación Antorchas durante los años 2000-2001, becaria del curso de iniciación a la historia y restauración de la mayólica en el Instituto Italiano de Cultura año 2003 y becaria al AIC por la Getty Foundation en el año 2004. Integrante del equipo técnico del programa Rescate de Patrimonio, de la Secretaría de Cultura de la Presidencia de la Nación desde el año 2003 hasta la fecha. Responsable de la Fototeca de los museos Houssay y Risolía, pertenecientes al Instituto de Historia de la Medicina, departamento de Humanidades Médicas, de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Buenos Aires.

negativos de vidrio, técnica gelatina bromuro, formatos varios , temáticas varias, pertenecientes a la colección de Salvador Mazza, que en este momento se encuentran en etapa de procesamiento.

Se realizan tareas de observación del material, fichado técnico del mismo, limpieza y guarda de primer y segundo nivel.

Se complementa la ficha del documento fotográfico, con amplias referencias encontradas en escritos y libros pertenecientes a estos investigadores. Todos los datos referentes al artefacto a conservar requieren de un asentamiento adecuado pues constituyen la documentación básica para trabajos de investigación tanto en el área de la conservación patrimonial, como en la de investigación médica. De esta manera la evidencia emergente de los propios datos que brinda la visualización directa de la fotografía, se complementa con la información científica e histórica encontradas en las fuentes editas, permitiendo unir en la una misma ficha-documento la información historiográfica y técnica de cada artefacto. Tarea que luego facilitará la última etapa del proyecto que es la digitalización y divulgación del material.

El desarrollo del proyecto se evalúa constantemente, los resultados hasta la fecha son más que alentadores, y estimulan a consolidar en el tiempo varias líneas de investigación sobre el material en custodia.

*Urgente: Se necesita un Medico y “su medicina” para
la Colonia y los campos. Proyecto Casa Museo Habenicht
Inicio de la obra Médica Adventista en Libertador San Martín
(Puiggari – Entre Ríos). “Colina de la Esperanza” y sus alrededores*

Dr. F. Jaime Romero Monzón ⁽¹⁾
Jessica Romero Egüez ⁽²⁾

En medio de un paisaje casi perfecto, rodeado de colinas que marcan subidas y bajadas en el inmenso verde que se confunde con el profundo azul del cielo, en tierras argentinas, vastas y fértiles se fueron ubicando muchos colonos inmigrantes: alemanes, italianos, suizos y algunos pocos criollos que subsistieron a los cambios propios de la época. Era a fines de 1890 e inicios del 1900.

En esas tierras ubicadas equidistantemente entre las ciudades de Diamante y Crespo, que en aquellos momentos eran poblaciones jóvenes y en crecimiento, el centro hospitalario más cercano era el de la Ciudad de Paraná, que ya tenía 200 años de continuo asentamiento poblacional y aún muy poca tecnología.

Ver el paisaje de “la Villa” en un día despejado y soleado invita a cualquier persona a convertirse en poeta. La misma naturaleza, en ocasiones se inspira y escribe algunas tragedias incluso en estos días, cuando la fuerza de las tormentas, inclemente muchas veces, desata su furia, tras un fuerte vendaval, lluvia, viento y suelos sedientos

1. Doctor en Medicina. Medico y Profesor de la Universidad Adventista del Plata. Cátedras de Anatomía Humana y Historia de la Medicina.

2. Alumna de grado de la Licenciatura de Antropología Universidad Nacional de La Plata y la carrera de Museología del Instituto Superior de Formación Docente y Técnica N° 8 La Plata.

de agua y de todo aquello que pretende afirmarse en él. En las oscuras noches entrerrianas, aún hoy impacta la fiereza de los truenos y relámpagos, repitiéndose en incontables voces por el eco misterioso de las cuchillas que marcan el suelo de sus barrancas, arroyos y picadas. No hace falta imaginar demasiado, cuando las noches oscuras dibujan en el cielo innumerables destellos de relámpagos que segundos después nos harán temblar de terror, a pesar de haber sido advertidos, y nos traen el pasado a nuestros días... ¿Cómo era todo? Sin rutas pavimentadas, sin caminos seguros y a grandes distancias entre vecino y vecino, de campo a campo, de colonia a colonia, la lejana ciudad, y allá el hospital. Un visitante que llegó hasta Crespo en 1892 describía las casas como muy humildes y precarias: el adobe se usaba para levantar paredes y el piso era de barro mezclado con arena y estiércol. Esa mezcla se endurecía y permitía el barrido. Eran abrigadas en invierno, el techo de paja, elemento que abundaba, cumplía la función de abrigo y también de proporcionar fresco en el verano.

Cada familia corría con los riesgos de un parto complicado, una fiebre infantil descontrolada o los típicos accidentes de campo. Mucho no se podía hacer, casi nada, no había doctor cerca, menos un hospital... Para acceder a un centro de salud había que enfrentarse a las complicaciones del viaje, en caballo y en carro, cuando los arroyos lo permitían. La realidad de las rutas y caminos, sumada a la inclemencia de la naturaleza de aquella época, hacía que la mayoría de las personas desistiesen del traslado y optasen por una medicina casera, o los consejos de un entendido, e incluso del religioso o la curandera que atendía el área. En más de sesenta kilómetros a la redonda no existía asistencia profesional calificada al problema de la enfermedad.

La localidad de Camarero, que fue la primera denominación de aquella área que se encuentra entre las ciudades de Diamante y Crespo, poco a poco fue poblándose de inmigrantes ruso alemanes, y también muchas otras zonas de la región como Colonia Alvear con sus seis aldeas madres: Valle María (Marienthal), Aldea Protestante, San Francisco (Pfeifer); Spatzenkutter (Marienfeld); Salto (Köhler) y Aldea Brasileira.

La Villa de Camarero fue una de las últimas en conformarse, e inicialmente no adoptó una disposición de aldea, villa o poblado. Muchas de estas comunidades fueron habitándose con pobladores que adherían todos, o casi todos, a alguna fe religiosa específica, generalmente traída desde sus lugares de origen, e incluso identificada en el nombre de la población; tal es el caso de Aldea Protestante. Entre los adventistas no fue distinto; dos grupos adventistas ya estaban formados por colonos italianos y suizo franceses en la provincia de Santa Fe y un tercer grupo se estableció en aquellos momentos en Entre Ríos, en la Villa de Camarero, quienes además de compartir su fe eran inmigrantes provenientes de Rusia, de ascendencia alemana.

La comunidad adventista crecía y su afán por la educación y la salud también. Los adventistas de aquel momento comprendieron que su futuro estaba en manos de sus niños y jóvenes, y que si invertían en ellos adecuadamente, conservarían su esperanza y la difundirían. Y pusieron todas sus cartas en ello. En 1898 ya tenían una firme deci-

sión de establecer centros para lograr sus fines de educación, preservación y, por supuesto, de difusión y ayuda a la comunidad. Fueron tiempos extremadamente difíciles, no sólo para la comunidad adventista, también para la entrerriana en general, ya que las plagas de langosta hacían estragos en las cosechas. Pero aun así, esta comunidad logró establecerse en más de diecisiete hectáreas de terreno, que fueron donadas para estas instituciones de educación y salud.

En 1899 se iniciaban los estudios en esta precaria institución. Además de las habituales materias como matemática, lengua, música e higiene, se enseñaba a los alumnos a vivir sanamente (disminución del régimen casi exclusivamente carnívoro y del consumo de bebidas estimulantes). Las tareas prácticas eran obligatorias, hacer panes con harinas integrales, utilizar adecuadamente el agua, el sol, el ejercicio y el descanso, entre otros consejos que eran pioneros para la medicina de la época.

El primer médico adventista, Roberto H. Habenicht, llegó a Buenos Aires un 2 de diciembre de 1901; graduado en los Estados Unidos venía acompañado por su esposa Adela Allen y dos de sus hijos. Decidió seguir su vocación, dejando lo que podría ser una prominente carrera, para servir con toda su familia en una colonia de gente humilde, con millones de necesidades. Un médico de vocación y mucho más que eso. Ya en Entre Ríos, decidió iniciar su obra médica en Crespo, donde vivía desde 1902 y donde la población alemana era numerosa.

Se dicen muchas cosas de este “mito” pionero de la medicina local entrerriana, como cuando para obtener la aprobación de la autoridad pública – para ejercer la medicina - viajó toda la noche en un carro tirado por caballos y conducido por él mismo hasta la ciudad de Paraná, donde el jefe de ferrocarriles de Entre Ríos lo presentó al Cónsul Inglés, Señor Clark, quien escribió una nota de presentación para el director de Salud Pública de la Provincia, obteniendo así la autorización precaria para iniciar su labor médica en Entre Ríos.

Decenas de enfermos acudían a él cada día y ver varios carros frente a su casa era escena común, pues de esta manera traían a los enfermos de los diferentes campos. El Dr. Habenicht atendía a sus enfermos a toda hora, su sala era el consultorio y muchas veces tuvo que despejar la mesa de su cocina comedor para realizar procedimientos quirúrgicos, instrumentado y asistido por su esposa u otro miembro de su familia. Y fueron muchas las noches en las que tuvo que solicitar a alguno de sus hijos que cedieran por una noche o tal vez más – según la gravedad del paciente – el abrigo y confort de sus camas para que albergara a uno de sus innumerables pacientes.

Pero no sólo era médico, también daba clases en la localidad de Camarero dos veces por semana. Además, en sus tiempos libres, dirigía y construía con sus propias manos parte de las edificaciones, supervisaba los cultivos que servían de alimento para su familia y, a pedido de las autoridades locales, impartía instrucciones sobre el sano vivir en las localidades vecinas.

En 1903 Habenicht decidió trasladarse con su familia de Crespo a Camarero, para estar más cerca de la institución educativa que crecía mes a mes. Los enfermos que atendía no mermaron por el traslado sino que cada vez venían de más lejos; de día y de noche llegaban los que ansiaban recuperar la salud perdida y mientras él estuvo ninguno fue rechazado. También acudían los que venían a buscarlo para atender un enfermo grave, solicitando que al doctor que se trasladara a grandes distancias y, si el viaje era largo, colocaban paja en el piso del carro o un colchón para facilitarle el sueño, ya que al regreso debía continuar con su rutina diaria; lo esperaban sus enfermos, sus alumnos y sus otras tareas. Cuando se ausentaba, su esposa, Adela Allen, atendía lo que su capacidad le permitía.

En el año 1906 Habenicht rindió el examen de competencia en Paraná, lo que lo habilitó para ejercer la medicina donde no hubiera médico con título nacional. La casa construida por Habenicht y su mujer pronto se convirtió en un pequeño sanatorio.

En 1907 los adventistas, reunidos en asamblea, consideraron la posibilidad de establecer un sanatorio en Camarero y se votó *“que sean tomados los pasos necesarios hacia la creación de un pequeño sanatorio en conexión con nuestro Colegio en Camarero”*, y en las 25 hectáreas que el Dr. Habenicht compró, anexas a la institución educativa, comenzó a edificarse lo que hoy es el Sanatorio Adventista del Plata.

Con el dinamismo que lo caracterizaba, Habenicht comenzó inmediatamente la construcción de otra casa para su vivienda familiar, no lejos de la primera, la cual iba a servir como sanatorio hasta tanto pudiera construirse el edificio destinado a tal fin. Esta segunda vivienda pasó luego a ser también propiedad del sanatorio y se la destinó a residencia de enfermeros varones. La primera casa se convirtió en residencia para las enfermeras.

La administración del Sanatorio inicialmente estuvo a cargo de Habenicht como director.

El 26 y el 29 de octubre de 1908 la junta directiva del Sanatorio resolvió por unanimidad crear una escuela de enfermería. El curso tendría tres años de duración. Los alumnos trabajarían ocho horas diarias (como parte del curso) en la atención de los pacientes. La escuela comenzó el 15 de noviembre, funcionando en forma conjunta con el Sanatorio.

Instituciones que funcionan actualmente en la villa:

Deportivas

- Fútbol
- Club Recreativo Libertador
- Club Universitario de Deportes
- Escuela Municipal de Deportes

- Club “Cultural Puiggari”
- Automovilismo
- Hockey sobre césped (femenino)
- Bochas
- Club Recreativo “Pedro Camarero”
- Club “Cultural Puiggari”

De salud

- Sanatorio Adventista del Plata
- Centro de Vida Sana
- Centro de Salud Puiggari
- Centro de Salud Libertador

Educativas

Nivel Primario

- Escuela N° 104 “D. F. Sarmiento”
- Escuela N° 12 “J.J.Castelli”
- Escuela N° 21 “Portal de la Esperanza”

Nivel Secundario

- Instituto Adventista del Plata
- Escuela Provincial de Nivel Medio N° 77 “M. Moreno”

Nivel Terciario

- Colegio Adventista del Plata
- Escuela de Artes Visuales N° 97 “Raúl Soldi”
- Instituto de Formación Docente “Dr. Miguel Puiggari”

Nivel Universitario

- Universidad Adventista del Plata:
- Facultad Ciencias de la Salud
- Facultad de Ciencias Económicas y de la Administración
- Facultad de Humanidades, Educación y Ciencias Sociales
- Facultad de Teología
- Fundación de Ayuda Recíproca Internacional
- Delegación Puiggari de la Universidad Católica de Salta

Legado Habenicht a los estudiantes de Ciencias de la Salud de Villa Libertador San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Adventista del Plata

Durante la cursada de la materia Historia de la Medicina, tomamos como un punto de estudio la historia de la medicina y la inmigración, como parte de la historia

de la medicina en la República Argentina y se analizaron diversas fases del tema, para lo que tomamos algunos aspectos de las vivencias y experiencia del Dr. Roberto Habenicht.

Al final de este módulo de estudio realizamos una encuesta para evaluar los alcances afectivo- cognitivos de los alumnos.

A continuación se detallan algunos comentarios de los alumnos, luego de una de sus visitas al museo:

“Fue muy importante visitar el museo, pudimos considerar la historia de este hombre de ciencia desde un aspecto mas real, la vivenciamos”.

“Consideramos que es un aspecto importante para la cultura del médico o profesional de la salud en formación; una cosa es leer sobre él, así como de otros hombres importantes de la historia de la medicina, pero el estar en un lugar real nos hace valorar su obra, en este caso la de Roberto Habenicht”.

“Es una inspiración, poseía ideas muy avanzadas para su época”.

“Es asombrosa la vocación. Y la voluntad de servicio que tuvo él y otros médicos de su época”.

“Me asombra conocer por fin lo que significa filantropía, ver lo que es en la práctica el amor al prójimo”.

“Para mí es un incentivo y sé que me ayudará a superarme ante dificultades, que me imagino menores de las que tuvieron otros en el pasado”.

“Me impacto, me gustaría imitarlo, aunque sé que será difícil”.

La facultad alberga a estudiantes de los cinco continentes; los alumnos se identifican con la obra realizada por Habenicht en estas tierras y muchos tiene entre sus proyectos de vida ser médicos sin fronteras o trabajar en sistemas médicos de servicio en comunidades emergentes.

Conclusiones

La casa museo y sus colecciones no son sólo una edificación mas, como muchas otras; si bien posee cosas que no tienen uso en la actualidad, el legado que transportan esos objetos, el recuerdo que traen hasta nuestros días, el ejemplo e incentivo para los jóvenes enfrentados al paisaje cotidiano del paciente adolorido, agobiado, alejado de su casa y muchas veces de su esperanza...

Las dificultades que viven cada día, se pueden contrastar con las que se vivieron antaño y las desigualdades e inconformidades pueden confrontarse con lo que el pasado enseña, un futuro promisorio, una medicina moderna; así, los nuevos médicos pueden encontrar un estímulo para transitar su camino, acompañados por el bagaje de su continuo conocimiento.

“La vida del Dr. Habenicht, así como las de los otros médicos y enfermeros, pioneros en las tierras entrerrianas, que dejaron los lugares que los vieron nacer y, por amor, fueron a servir a los demás... es una fuente de inspiración para nosotros y una responsabilidad más perseguir los objetivos de la verdadera vocación médica, el servicio.

Y que cuando nos llegue el momento, que no está muy lejos, podamos ser verdaderos Médicos Misioneros, verdaderos médicos”.

Urgente: Se necesita un Medico y “su medicina” para la Colonia y los campos

El Museo Histórico Regional “Roberto Habenicht”. Inicios de la obra médica Misionera Adventista en Libertador San Martín (Puigari – Entre Ríos) “Colina de la Esperanza” y sus alrededores.

Realizaremos un análisis sobre cómo, a partir de la reivindicación del patrimonio cultural médico hospitalario puede generarse una revalorización de la identidad de la población involucrada e incluso de la región y estimular la verdadera vocación de servicio en los estudiantes de ciencias de la salud.

Analizaremos asimismo las acciones de la comunidad ante el hecho museístico, las intenciones municipales de conservación, difusión y preservación de este hecho cultural, la participación activa de las instituciones herederas del legado médico educativo original (Sanatorio Adventista del Plata y Universidad adventista del Plata – Facultades de Ciencias de la Salud) y la respuesta del público asistente al museo. Se trata de un proyecto en constante construcción y diseño.

La primera transmisión de video médico en la Argentina

Dr. Oscar Luis Novas^(*)

Corría el año de 1950, aún en la República Argentina no se conocía ni se había visto televisión (TV) en vivo.

Durante el transcurso del VIIº Congreso Internacional de Cirugía, organizado por el Capítulo Argentino del Colegio Internacional de Cirujanos, realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, en los hoteles Plaza y Alvear, en las Facultades de Derecho y Ciencias Sociales, de Odontología, de Farmacia y Bioquímica y en el Hospital Bernardino Rivadavia; allí se inscribió esta página de la historia de la medicina y de la televisión de nuestro país, con la primera transmisión por TV de operaciones quirúrgicas en vivo, en el país y en América Latina. Fueron sus autoridades:

Presidente electo: Dr. Herbert Acuff

Comité Ejecutivo:

Presidente Honorario: Dr. Armando Méndez San Martín

Presidente: Dr. Ramón Carrillo

Secretario: Dr. Jorge Taiana

Tesorero: Dr. Roberto A. Goyenechea

Vocales:

Dr. Delfor del Valle (h.)

Dr. Carlos I. Rivas

Dr. Augusto Wybert

Dr. Raúl Matera

Dr. Ernesto R. Bernasconi Cramer

Miembro de la Comisión del Museo Histórico del Hospital Bernardino Rivadavia. Cirujano Jefe de Gastroenterología del Hospital Bernardino Rivadavia. Ministerio de Salud del GCABA.

Asistieron delegaciones de Alemania, Argel, Austria, Bolivia, Brasil, Canadá, Checoslovaquia, Chile, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Inglaterra, Italia, México, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela.

Para este suceso internacional colaboró el laboratorio Squibb y la empresa General Electric trajo de los EEUU a Buenos Aires los primeros equipos de televisión para transmitir en directo las cirugías.

Las transmisiones en directo se realizaron desde los magníficos quirófanos del Hospital Bernardino Rivadavia, Salas XIV y XV, con sus amplios y cómodos miradores superiores y posteriores, especialmente diseñados para la educación médico quirúrgica. Las imágenes fueron tomadas con una cámara superior, colocada por sobre el campo quirúrgico y otra de piso en horizontal. Desde allí se enviaban las señales a un centro de control para ser retransmitidas a numerosos salones distribuidos en el Hospital Rivadavia, la Facultad de Medicina y el Plaza Hotel.

Fueron numerosos los eminentes e importantes cirujanos argentinos y extranjeros que pudieron demostrar sus conocimientos, destrezas y habilidades quirúrgicas mediante esta tecnología y las diversas fases de las cirugías desarrolladas fueron seguidas en directo y con asombrosa claridad visual por una enorme cantidad de médicos y profanos a la distancia.

Entre los cirujanos actuantes, hallamos a: Enrique Bazterrica, Julio Bazán, Paul Werner, Federico Christman, Abel Canónico, Héctor Marino, Alberto García, Alfonso Roque Albanese, Augusto Wybert, Alberto Rafaele, Enrique P. Viacava, Juan M. Tato, Iván Goñi Moreno, Alberto Baraldi y Delfor del Valle

El Profesor Doctor Alfonso Roque Albanese, uno de los cirujanos actuantes, fue quien realizó una magistral cirugía de *conducto arterioso*.

El encargado del relato en vivo de las intervenciones quirúrgicas fue el Dr. Ricardo Finochietto, quien distinguió con su presencia y palabras el acontecimiento.

Debe destacarse que la televisión no se inauguró en nuestro país hasta octubre de 1951, más de un año después. Refiriendo al respecto, dijo el Dr. Finochietto en el acto de apertura de las sesiones quirúrgicas: “...sin duda que ha de comprenderse cómo estas exhibiciones - con las cuales la televisión inicia su magia en nuestro país – servirán para mostrar el progreso de nuestra cirugía...”

La biblioteca de la Facultad de Medicina posee una colección de los diarios de sesiones con la programación periódica y numerosas fotos, publicadas gracias al trabajo de *La Semana Médica* y de la *Agencia Saporiti*, entre otras publicaciones. También se conservan los tomos con las actas del Congreso.¹

Dada la importancia del evento, se transmitían dos noticieros radiales diarios por LR4 Radio Splendid de Buenos Aires, en cadena con 16 radios de la Argentina, con conexiones a Chile, Bolivia y Perú.

El circuito cerrado de TV transmitió a televisores dispuestos en el Hospital Bernardino Rivadavia, al aula Magna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y a los salones del Plaza Hotel, desde donde los cirujanos podían seguir de cerca todos los detalles de las operaciones y recoger interesantes observaciones.

Al VIIº Congreso Internacional de Cirugía también asistieron y colaboraron docentes de la Facultad de Odontología de esta ciudad y de su cátedra de Cirugía Dentomaxilar. Se destaca además que en esa ocasión los asistentes tomaron contacto por primera vez con la TV, un año antes de su aparición en el país.

Diego Hurtado de Mendoza y Analía Busala² refieren que el Profesor Doctor Bernardo Houssay, opositor al gobierno peronista, opinó: “... *el uso propagandístico de la actividad científica llevada a cabo por el gobierno.*

En su periódico intercambio epistolar con Morris Fishbein – polémico editor del JAMA entre 1924-1949-, Houssay relata que tuvo lugar en Buenos Aires el 1º de Agosto de 1950 el VIIº Congreso Internacional de Cirugía, a cargo de un comité dirigido por Jorge Taiana y Ramón Carrillo, cuya organización ‘*recibió un apoyo sin precedentes en la historia de nuestro país*’.

Y continúa Houssay: *La transmisión por televisión fue supervisada por la General Electric y E.R.S. Squibb & Sons que pagaron todos los gastos y editaron gratuitamente un diario informando acerca de las actividades del congreso. Por primera vez en la Argentina las intervenciones quirúrgicas realizadas en el Hospital Rivadavia pudieron ser vistas por televisión. Esto ha sido absolutamente novedoso, porque no hay todavía televisión en este país y evidentemente tampoco en Sudamérica... (sic.)*”³

No entraré en los aspectos políticos del tema, ya que sólo nos interesan los históricos de esta primera transmisión de TV realizada en la Argentina durante el transcurso del VII congreso Internacional de Cirugía, dado que la misma se realizó desde los quirófanos del Hospital Bernardino Rivadavia; y éste es el tema que nos atañe.

Según nos cuenta el Dr. Rodolfo Mazzariello,⁴ estos hermosos quirófanos ubicados en el tercer piso del Pabellón Cobo, diseñados sobre ideas de la arquitectura fran-

1 Diarios del VII Congreso Internacional de Cirugía, 1/6 de Agosto de 1950, nº 1,2,3,4,5 y 6. En la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la UBA.

2 Hurtado de Mendoza, Diego y Busala, Analía. “De la ‘Movilización Industrial’ a la ‘Argentina Científica’: La organización de la ciencia durante el peronismo (1946 -1955)”. Revista da SBHC, Río de Janeiro. Vol. 4, nº 1: 17-33, jan/jun 2006. (Consulta en Internet: www.mast.br/arquivos_sbhc/189.pdf el 14 de Febrero de 2007).

3 Houssay, Bernardo. Fragmento de la carta a Morris Fishbein. Buenos Aires, 11 de Septiembre de 1950. En el Archivo del Museo Bernardo Houssay. Legajo 08-6/384. El original en inglés. Traducción al español por Diego Hurtado de Mendoza y Analía Busala. Fuente consultada en Internet el 14 de Febrero de 2007: http://www.mast.br/arquivos_sbhc/189.pdf

cesa -la más avanzada en su época- y organizados por el Dr. Adrián Bengolea y los hermanos Enrique y Ricardo Finochietto, que en esos años se encontraban trabajando en nuestro Hospital porque en el Rawson estaba terminándose de construir el pabellón de cirugía.

Mazzariello, por el año 1950, se desempeñaba como médico recién recibido en el hospital y hoy, como Cirujano Consultor Honorario, nos refiere que esos quirófanos se encuentran destruidos y sin funcionar desde hace casi un año, en espera de una remodelación del citado pabellón, para realizar un centro quirúrgico y de altos cuidados que centralizaría en una sola área la Guardia Médica, los quirófanos, la sala de Terapia Intensiva y la de Unidad Coronaria. Pero actualmente seguimos esperando la tan ansiada remodelación.

También nos relata Rodio Raices,⁵ Consultor Honorario de Clínica, sus recuerdos del citado evento, cuando por esos años concurría de pantalones cortos al hospital para acompañar a su padre, quien, un día de mediados de 1950 le dijo si quería ver algo novedoso, que llamaban televisión, algo muy nuevo que se estaba montando en el Pabellón Cobo; y llegó a sorprenderse con los preparativos y las transmisiones previas, contándole a su papá “... *salían imágenes de las personas de una gran caja, y se las escuchaba conversar*”.

Escribo esta apostilla como recuerdo de un acontecimiento importante y sobresaliente ocurrido dentro del recinto hospitalario en 1950, que fue protagonizado por hombres descollantes de la cirugía Argentina, despojado de banderías y colores políticos, pero con un fuerte cariño para nuestro hospital, que me adoptó junto con su personal, allá por 1987.

Por eso hoy quiero dejar en el papel, escrito con letras de fuego, este pasado glorioso, este trozo de su venerable historia pidiendo al Altísimo que vuelvan aquellos años de oro a nuestra institución, para que podamos seguir brindando como siempre a nuestros enfermos la más alta calidad de atención, eso sí, con todos los elementos necesarios.

Este año nuestra institución, cumple 120 años en el actual solar de Palermo, actualmente denominado Recoleta por su ubicación geográfica. No debemos olvidar que es el decano de los hospitales, fue fundado en Noviembre de 1774, y tiene una vida ininterrumpida de 233 años.

Por esto pido a todos los que de una manera u otra nos desempeñamos dentro de sus paredes, que debemos continuar con las ideas de sus fundadores, *La Hermandad de la Santa Caridad de Nuestro Señor Jesucristo*, de ayudar al desvalido y sufriente con humildad, conocimiento y caridad cristiana.

4 Mazzariello, Rodolfo. (Comunicación personal del 27 de Febrero de 2007).

5 Raices, Rodio. (comunicación personal del 1º de Marzo de 2007).

Capítulo 5

Memoria(s) hospitalaria(s)

*El Museo de Sitio Hospital Nacional de Alienadas*¹

Un retrato de la psiquiatría entre 1880 y el Centenario

Lic. Leticia Maronese ⁽²⁾

Introducción al tema

En la calle Brandsen N° 2570 del barrio de Barracas se encuentra el acceso al Hospital Psiquiátrico (de mujeres) Braulio Moyano. Entrar y recorrer su 17 hectáreas nos introduce, por un túnel del tiempo, a un siglo atrás.

En materia constructiva no son tantas las modificaciones que se han producido a lo largo del siglo XX. Muchos de los pabellones se encuentran en su estado original. La Capilla es el edificio más antiguo, ya que data de 1870.

Leer sus publicaciones, las aparecidas con motivo de su 140° aniversario en 1994 o entrar en su página web, también nos introduce en la historia de su creación y en la

1. Para el Dr. Loudet la atención de la locura puede dividirse en cuatro períodos diferenciados: la carcelaria, período en el cual locos y delinquentes compartían el mismo espacio; la asilar, cuando estaban separados de los presos pero sin atención médica; la hospitalaria cerrada, en que los dementes eran considerados enfermos y estaban asilados en construcciones con aspecto de prisiones y predominaba el concepto de peligrosidad y, por último, la hospitalaria abierta, con edificios similares a los hospitales comunes y donde solamente a los peligrosos o a aquellos en fase aguda de enfermedad, se los encierra. Del tercer período relatado por Loudet datan la creación de los dos hospicios que se levantan sobre las antiguas dependencias de la Convalecencia, ambos producto del empuje de Ventura Bosch, pero respondiendo a iniciativas y dependencias administrativas distintas.

Secretaría General de la Comisión para la Preservación del Patrimonio Histórico Cultural del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Ministerio de Cultura.

2. Lic. en Sociología, UBA. Master en Cultura Argentina. Directora editorial de las colecciones *Temas de Patrimonio Cultural*, *Cuadernos Educativos* y demás publicaciones de la Comisión para la Preservación del Patrimonio Histórico Cultural de la Ciudad de Buenos Aires.

Vicepresidenta de la Comisión Directiva de la Junta Central de Investigaciones Históricas de la Ciudad de Buenos Aires -Federación-. Presidenta de la Junta de Estudios Históricos de Monte Castro. Autora, entre otros títulos, de *MUJERES Y CALLES* -Nomenclatura Urbana-, 1997. *Historia del Barrio de Monte Castro*. Edic., 2002. Micaela Bastidas: primer grito de emancipación política y social de América. Antología Mujer y Coraje, Buenos Aires. 1999.

época dorada del higienismo. El personal del hospital, o por lo menos aquellos que se vinculan a los visitantes externos, son muy afectos a recordar sus orígenes y su historia.

En el libro de los 140 años³ varias páginas recogen esta historia y la de aquellos hombres considerados paradigmáticos para la institución, el Dr. Christofredo Jakob (1866-1956) y el Dr. Braulio Moyano (1903-1959). Tres renglones hacen alusión a los cambios producidos durante el Siglo XX⁴ y el resto de la revista se refiere al presente (o sea, prácticamente ya al Siglo XXI).

Hubo otra publicación en 1994, fue la reproducción en hojas del tamaño oficio de un libro de grandes dimensiones editado en 1909, en el marco de la conmemoración del centenario de la Revolución de Mayo, hecho habitual en varias instituciones públicas y privadas de ese momento.

Este último libro hace referencia al momento de la fundación en 1854 y contiene datos estadísticos y fotografías de 1909 que informan sobre cómo era el hospicio, cómo funcionaba, cuáles eran sus tratamientos, procedencia de las enfermas, movimiento de camas, etc.

Haber tomado la decisión de imprimir este libro ya da una idea del rescate histórico permanente y de cierto anclaje en el discurso del período histórico en el tratamiento de la salud mental que se extiende entre 1880 y el Centenario.

Pero donde más se demuestra esta idea de rescate es en las visitas guiadas que realiza el personal del hospital, lo que exponen y su discurso. Las visitas guiadas comprenden el recorrido de tres sitios: el pabellón Charcot, restos de una construcción que la gente del hospital asegura que corresponde a los “cuarteles de la Mazorca”, y el Pabellón de Anatomía Patológica en el cual se encuentra el museo, la morgue y un anfiteatro.

Permanentemente el personal del hospital ha requerido normas o medidas para su protección histórica. Ante esta solicitud la Comisión para la Preservación del Patrimonio Histórico Cultural del GCBA en 1999 se interesó por su museo, unos libros con fotografías de enfermas allí existente y la capilla⁵. Existió también un proyecto de declaración por ley de *Área de Protección Histórica* del hospital. Este proyecto y la existencia de túneles de servicios fuera de uso, de los habituales en las construcciones de aquella época, llevó nuevamente a la CPPHC a ocuparse del hospital a partir del año pasado y en relación a su programa *Historia bajo las Baldosas*.

3 Revista “Hospital Psiquiátrico Braulio A. Moyano. 140 aniversario. 1854-1994”. Publicación oficial del hospital.

4. El párrafo dice: “El Siglo XX traerá la revolución psicoanalítica, la década del 50 la revolución psicofarmacológica con sus pioneros, los Dres. Martínez Dalke, Vicente Armando, Roberto Saubidet, Guillermo Acusse Ruiz, Carlos Márquez y otros.”

5. El informe del Arq. Carlos Moreno, integrante de la CPPHC, señala de interés la creación de un *Museo de la Ciencia y la Tecnología Argentina*, dado el contenido simbólico del lugar.

1. los viejos fantasmas de la Generación del 80: el higienismo y su correlato en el “alienista”

1.1. La influencia de Pinel

No se puede analizar la etapa del *alienismo* sin introducirse en el marco global de la atención de los dementes a partir de la segunda mitad del Siglo XIX. En Francia se publica en el año 1801 el *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* de Pinel, que habría de tener una gran influencia durante ese siglo. Pinel estudió el origen de las enfermedades mentales, sus síntomas y su clasificación. Desestimó los tratamientos de azotes, sangrías de diversos tipos y baños de inmersión, como también la creencia en posesiones diabólicas. Reguló además el uso del *chaleco de fuerza* y fue un firme impulsor de la *laborterapia*.

A Pinel se lo considera el “libertador” de los locos durante la revolución francesa. Hijo de la misma y de la naciente burguesía, estableció un sistema moral enraizado en la ideología de la nueva clase dominante.

En su tratamiento, los guardias participaban del juicio y castigo a los locos. Estos modelos de juicio y castigo debían repetirse hasta ser internalizados por el paciente. Se usaba la ducha fría y los chalecos de fuerza a fin de disciplinar a los enfermos.

Es importante señalar que Pinel está construyendo una psiquiatría que considera al loco como humano, por internamiento del hombre social logrado por interdicción del hombre jurídico. Por primera vez el alienado es reconocido como incapaz y como loco.

Las ideas de Pinel serían difundidas en nuestro país por el Dr. Ventura Bosch (1814-1871), fundador de los dos hospitales psiquiátricos más importantes en la zona de la Convalecencia, uno destinado a la atención de las mujeres y otro a los hombres.

1.2. El nacimiento de la psiquiatría

Previo a la modernidad, si bien los locos no estaban integrados a la sociedad, no eran encerrados, salvo que fueran peligrosos. Para Foucault la modernidad es la que necesita encerrar la locura y lo hace en virtud de la necesidad de “la razón” en volverse hegemónica excluyendo a “la sinrazón”. Las instituciones de encierro son las que garantizan la libertad del hombre común.

En este marco, lo que surge con la modernidad, más que un orden institucional humanitario es un nuevo orden de racionalidad de esas instituciones. Siendo necesario el tratamiento de la locura nace la *Psiquiatría*, y con ella un personaje: *el médico alienista*.

El nuevo orden se organiza en torno al **trabajo** y en función de las nuevas condiciones de producción. *“Antes de tener el sentido medicinal que le atribuimos, o que al menos queremos concederle, el confinamiento ha sido una exigencia de algo muy distinto de la preocupación de la curación. Lo que lo ha hecho necesario, ha sido un imperativo de trabajo. Donde nuestra filantropía quisiera reconocer señales de benevolencia hacia la enfermedad, sólo encontraremos la condenación de la ociosidad”*.⁶ No es casual entonces que las primeras casas de internación aparecen en Inglaterra y en los puntos más industrializados.

En los años posteriores a la caída de Rosas y de manera acelerada a medida que nos acercamos al 80, se va constituyendo -especialmente en la región metropolitana- un aparato sanitario y de higiene pública que toma los modelos europeos.

Lo dicho anteriormente con respecto a la regulación y disciplinamiento de la masa laboral, entre la cual pesan cada vez más los inmigrantes, es una realidad. La medicina, la higiene pública, la criminología están encaminadas a tratar de armonizar el caudal demográfico de nuevas características con las exigencias de la ampliación del aparato productivo. Vezzetti vincula incluso las contradicciones que se originan dentro del par antitético *civilización o barbarie*: *“para un país que es visualizado por los fundadores como un desierto bárbaro, con algunas pocas ciudades civilizadas, la incorporación de inmigrantes trabajadores combina los objetivos económicos con la utopía de una gigantesca empresa de moralización”*. La descalificación de la población nativa hace fantasear con el surgimiento de una nueva raza. Cuando la inmigración no fue la esperada *“una consideración parejamente moral va a fundar una línea de interpretación psicopatológica social de los caracteres de la masa extranjera. J. M. Ramos Mejía, -que se propone como heredero de Sarmiento y es maestro de Ingenieros- y Lucio Meléndez van a expresar el viraje por el cual la población urbana pasa a ser objeto privilegiado sobre el cual se descargan los desarrollos de la doctrina y la tecnología alienista. Reordenada la escisión inicial, para algunos el campo y el mito gaucho, enfrentarán a la expresión del mal localizada en la ciudad y la masa inmigrante”*.⁷

Sin lugar a dudas Lucio Meléndez es el paradigma de la doctrina y la tecnología del *alienismo*, inspiradas en Pinel y Esquirol⁸. Tanto Meléndez como sus sucesores tuvieron su formación en la escuela francesa, abonada por los frecuentes viajes que realizaron a ese país. Meléndez fue el primer titular de la cátedra de enfermedades mentales, estando al frente de la misma de 1886 a 1892, formando varios discípulos, entre ellos Domingo Cabred y José Borda, que lo sucedieron al frente de la misma cátedra.

En 1879 aparece el ensayo de los Dres. Lucio Meléndez y Emilio Coni que constituye una sinopsis sobre la evolución psiquiátrica en Argentina. Contiene numerosos datos estadísticos y una detallada nosografía, fruto de la experiencia acumulada por

6. Foucault, Michel. Historia de la locura en la época clásica. Fondo de Cultura Económica. México 1967. Pág. 102

7. Vezzetti, Hugo. La locura en Argentina. Folios. Ediciones, Bs. As. 1983. Pág. 13

8. Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), médico *alienista* francés. Fundó el Asilo de París en 1799.

toda esa generación de médicos. Fue presentado en el Congreso de Ciencias Médicas de Ámsterdam y publicado en la *Revista Médico-Quirúrgica* del mismo año. Las categorías clínicas de esa nosografía sirvieron para catalogar las enfermedades mentales y a los enfermos, en rigurosas estadísticas que se produjeron por esa época en los hospitales psiquiátricos.

La actividad clasificatoria a partir de los signos y manifestaciones de la locura, es típica de esta época y ha sido muy estudiada por Foucault en su *Historia de la locura*⁹. La nosología completa para las enfermedades se asemeja a la taxonomía de Linneo para las plantas y los animales. Esta visión se traslada a las disposiciones de las salas en los hospitales, que reflejan los nombres de las enfermedades en la nosología. Incluidas en estas primeras denominaciones de las locura aparecen las calificaciones de *tranquilos*, *agitados*, *desaseados*, etc. que se sitúan claramente en una diferenciación más ligada al control social que a la calificación científica.

Más allá de las cátedras, la auténtica formación se realizaba en el Hospicio de las Mercedes (hoy Borda). Cuando asumió Cabred, éste era el centro de formación científica por excelencia, donde confluían la clínica, la anatomía patológica, la química biológica y la psicopatología. La diferencia con el Hospicio de Mujeres, dependiente de la Sociedad de Beneficencia,¹⁰ todavía es importante por estos primeros años aunque, en general, las buenas intenciones de estos médicos siempre chocaron contra la realidad de los escasos presupuestos y el hacinamiento que hace de estas instituciones un depósito horrendo de personas.

Borda también encuentra en el trabajo diario del hospital la mayor fuente de conocimientos, donde el contacto con miles de enfermos resulta un medio importante de aprendizaje basado en la experiencia y los estudios estadísticos.

No sólo ver casos y clasificarlos es importante. Constituye también una característica de la época el estudio a través del método anátomo-clínico utilizando para ello el análisis de los cerebros de los cadáveres.

Si bien la disección de cadáveres no era algo nuevo en la historia de la medicina, en esta época se transforma en algo central para el proceso de aprendizaje y diagnóstico.

Para Foucault estas técnicas cambian la noción misma de la muerte. La muerte y la enfermedad pasan a convertirse en elementos cruciales en el proceso de la vida. Será a través de la muerte cómo la ciencia empieza a tener en cuenta al individuo, llegando hasta lo más recóndito del cuerpo humano mediante la *Mirada científica* a los cadáveres.¹¹

9. Foucault, Michel. Obra citada. Cap. 1 de la parte III: *El loco en el jardín de las especies*.

10. La atención de las mujeres -históricamente- siempre fue más deficitaria y con menos recursos que la de los hombres.

11. Estos desarrollos en el pensamiento de Foucault se encuentran en su obra *El nacimiento de la clínica; una arqueología de la mirada médica*.

1.3. La psicopatología criminal

Paralelamente se desarrolla la psicopatología criminal, por la difusión de las doctrinas de Darwin, Spencer y Lombroso. Aparecen varias publicaciones vinculadas al derecho penal y a la psicopatología forense inspiradas en el biologismo y la llamada antropología criminal. José Ingenieros, en su libro *La locura en Argentina* detalla una importante cantidad de trabajos y monografías entre los fines de siglo y comienzos del siguiente referidas al tema. El mismo es un claro exponente de esta corriente.

Aquí es donde se presenta claramente la función del modelo médico hegemónico en los marcos del control social. Es que para todos estos médicos alienistas y criminólogos la insalubridad de antaño, que producía epidemias, se había trasladado hacia los pobres y los maleantes. Estos, hacinados en conventillos, eran presa fácil del alcohol, la delincuencia y la locura, producto de la ambición de progreso frustrado de miles y miles de inmigrantes. El alcohol y el dinero son los vicios fundamentales que inducen al desequilibrio mental y al delito. Este mensaje incluso se encuentra en las Memorias Municipales.

La criminología monta así un observatorio, el Servicio de Observación, para analizar desde la rigurosidad científica estos nuevos gérmenes del mal que asolan a la nueva nación. Es la *locura moral*, analizada por José Ramos Mejía; Carlos Bunge y sus teorías sobre la *degeneración*; Alejandro Korn, que desarrolla este concepto de *locura moral* desde la degeneración y las leyes de la herencia.

En José Ingenieros el tema recurrente es el de la *simulación*, que remite a un mecanismo fraudulento en la diaria lucha de la existencia. Construye de esa manera una clasificación detallada de los *simuladores*.¹²

1.4. Comienzos de siglo y la enseñanza

Mientras en la Facultad de Medicina se desarrollan nuevas cátedras, el conocimiento de la *Psicología* se imparte en la Facultad de Filosofía y Letras de Buenos Aires. En los primeros años la cátedra fue dictada por Rodolfo Rivarola, Antonio Dellepiane y José N. Matienzo. En 1901 estuvo a cargo de Horacio G. Piñero. La misma cátedra se desdobló en 1907 y fue dictada por Félix Krueger por un lado y por José Ingenieros por otro. La naciente carrera no escapa al modelo médico hegemónico, más bien es creado por él.

La difusión de todos estos temas concita interés en público no especializado. “*Hacia comienzo del siglo, el tema de la locura atrae a intelectuales y profesionales de otras disciplinas. Así es como los almuerzos que José M. Ramos Mejía ofrecía como*

12. De Ramos Mejía se pueden mencionar sus libros *Las multitudes Argentinas* y *Los simuladores de talento*. En este autor, como también en ciertos escritores de la época, se transparenta el miedo hacia las nuevas multitudes de inmigrantes politizados y el papel de los *advenedizos* (simuladores de riqueza que no es de cuna)

*Director del Frenopático congregaban a lo más destacado de la intelectualidad porteña; además de sus discípulos Ingenieros y Francisco de Veyga, eran asiduos Lugones, Payró, Florencio Sánchez, Juan Agustín García, Mariano y Joaquín de Vedia, Carlos O. Bunge, Angel Estrada, Rodolfo Senet”.*¹³

Es que el personaje de la época es el **médico**, rodeados de prestigio y con un aura de filantropía a la cual mucho había colaborado todo el proceso de erradicación de las epidemias. No pocos se habían destacado en la lucha política, no sólo como funcionarios ejecutivos, sino también como diputados y senadores. Es el momento en el cual la antítesis *civilización Versus barbarie* es reemplazada por *salubridad Vs. Insalubridad*.

Esto no sólo ocurre en Argentina, dado que se trasladaba el modelo médico europeo. Siguiendo a Foucault, encontramos que con “*la obra de Tuke y la de Pinel, cuyo espíritu y valores son tan diferentes, vienen a unirse en esa transformación del personaje médico. El médico, tal como hemos visto, no tenía parte alguna en la vida del confinamiento. Ahora bien, llega a ser la figura esencial del asilo. ... Sin embargo, y es esto lo esencial, la intervención del médico no se realiza en virtud de un saber o de un poder medicinal, que él tuviera como algo propio, y que estaría justificado por un conjunto de conocimientos objetivos. No es en su calidad de sabio como el homo medicus posee autoridad dentro del asilo, sino como prudente. Si se exige la profesión médica, es como garantía jurídica y moral, no como título científico*” ... “*Se cree que Tuke y Pinel han abierto el asilo al conocimiento médico. No introdujeron una ciencia, sino un personaje, cuyos poderes no tomaban del saber sino el disfraz, o más bien, la justificación. Los poderes, por naturaleza, son de orden social y moral; se enraizan en la memoria del loco, en la alienación de su persona, no de su espíritu*”.¹⁴

Décadas más tarde, el nacimiento de la clínica daría lugar al ensamble entre la enseñanza y la práctica. El profesor de medicina se transforma en una poderosa figura. Examina al mismo tiempo y en el mismo lugar a la enfermedad (porque el enfermo no sería tan importante como *su caso*) y al estudiante. El médico camina de una cama a otra, en la sala que contiene al mismo tipo de enfermedad, y su *mirada* es canonizada por el nuevo paradigma asistencial.

En 1908, a instancias de Francisco de Veyga, Horacio Piñero y José Ingenieros, se crea la Sociedad de Psicología de Buenos Aires, “*con la finalidad de reunir en terreno común las investigaciones realizadas por cultores de la biología, psicología normal y patológica, psicopatología legal, jurídica y pedagógica, evitando de esta manera la dispersión de tales esfuerzos*”.¹⁵ Tuvo un órgano de difusión llamado *Anales de la Sociedad de Psicología*; allí escribieron, además de los nombrados, Enrique Ferri, Florentino Ameghino, Christofredo Jakob, Alejandro Korn, Ramos Mejía, Víctor

13. Vezzetti, Hugo. Ob. Cit. Pág. 48

14. Foucault, Michel. Ob. cit. Pág. 252/253

15. Guerrino, Antonio. Ob. cit. 96/97

Mercante, entre otros. Piñero organiza en 1910, durante el desarrollo del Congreso Científico Internacional del Centenario, una sección denominada Ciencias Psicológicas.

La Sociología nace también en este momento inspirada en el positivismo spenceriano y el modelo higienista.

Su tema es la *higiene social*, su lucha es el combate a todos los agentes que perturban el naciente orden social burgués. La vagancia, la indisciplina, la marginalidad, los vicios -el alcoholismo principalmente-, la prostitución, la indigencia, son síntomas patológicos que deben ser erradicados.

1.5. El nuevo orden moral trasladado a las artes, la literatura, las leyes y las instituciones

De todo lo expresado surge claramente que de lo que se trata es de implantar un nuevo orden moral que se reflejará luego en leyes e instituciones que emanan de todo este medio cultural.

No pocos autores han analizado la obra plástica de Blanes en estos marcos ideológicos y políticos. Pero donde más se revela el espíritu de la época es en sus escritores.

Del naturalismo xenófobo son expresiones la obra de Cambaceres (*En la sangre*), o Martel (*La Bolsa*), como ejemplos extremos.

El miedo a la *horda inmigrante* se refleja también en los que le sucedieron desde el *modernismo*. También imbuidos de un arte aristocratizante, oscilaron entre los sentimientos europeizantes, proespañoles o americanistas -según el caso-, refugiándose en un pasado idílico de pureza racial criolla. Nace así *el criollismo*. Un libro paradigmático que tendría gran influencia a partir del 900 es *Ariel*, de José Enrique Rodó, que reivindicaba la función de la inteligencia y la aristocracia del espíritu.

El traslado de estas visiones a las leyes y las instituciones se corporiza claramente en el año 1902, con el dictado de la **Ley de Residencia** surgida de la pluma de Miguel Cané. Por ella se autorizaba al gobierno a expulsar a los extranjeros cuya conducta, se suponía, comprometía la seguridad nacional o perturbaba el orden público.

2. Análisis de lo que se muestra en las visitas guiadas

2.1. El Charcot

La visita guiada¹⁶ comienza por el Pabellón Charcot. Está vacío. Se muestra una planta baja limpia, recién pintada y luciendo todo el brillo de salas y un comedor con la

ambientación que correspondía a *enfermas pensionistas*¹⁷ y los túneles de servicios que se utilizaban hace 100 años para calefaccionar los pabellones.

Incursioné sola por la planta alta hacia fines del año 2002, dado que no forma parte de la visita. Era un basural. Seguramente el depósito de todo el mueblerío viejo y roto que estaba abajo, más lo propio. Los techos, las paredes, las salas, mostraban un abandono y suciedad total.

En realidad, lo que no se dice, es que este Pabellón fue cerrado por orden de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2000. En la Revista de la Defensoría aparece que “una inspección ... develó las condiciones infrahumanas en las que vivían las internas del pabellón Charcot del Hospital Moyano”¹⁸. Había en ese momento allí 1.600 mujeres hacinadas, de las cuales la tercera parte estaba en condiciones de salir con el alta médico.

2.2. “La Mazorca”

La visita continúa por los “restos del cuartel de la Mazorca”. Las ruinas brindan el anclaje ideológico en la Buenos Aires de la contradicción fundamental entre *civilización o barbarie*. Los restos son parte del Instituto Mercedes Lasala y Riglos, que destinado a *niños expósitos*, pasa a jurisdicción del Hospital Nacional de Alienadas en 1929, cuando se produce el traslado de los chicos a la cercana Casa Cuna¹⁹.

Un aljibe forma parte de la *puesta en escena*, representada por un empleado del hospital que brindará un pantallazo de la época rosista y de Cuitiño, jefe de la Mazorca.

También nos contará que el lugar está atravesado por túneles muy antiguos que surcan toda la zona de la ex Convalecencia (Moyano, Borda, Rawson y Plaza España) y llegan al Riachuelo o a la actual estación ferroviaria de Constitución.

Los túneles, adivinados bajo la tierra, nos remiten a lo oculto, lo sombrío, lo horrendo, el delito. En realidad los túneles pueden existir o no, pero lo que aquí se analiza es el discurso que se emite.

La decisión de conservar estos restos como un montaje o decorado no se produce por azar. Tiene que ver con la vigencia de esa visión médica hegemónica de hace 120 años atrás que aquí se mantiene intacta. Para una persona no interiorizada en ello, sim-

16. Las visitas comenzaron durante el año 2002 y continúan hasta el presente (abril de 2003)

17. En los hospitales públicos existían dos categorías de internados: los *pensionistas*, que pagaban su internación e incluso (los más pudientes) el salario de un asistente privado, y los *indigentes*. Los primeros no estaban obligados a trabajar en los talleres de distinto tipo, la limpieza o la huerta.

18. Revista *Ciudad Abierta* del 9 de marzo de 2001.

19. La Sociedad de Beneficencia había trasladado a unos niños a la *Convalecencia* en 1868. En 1873 la casa de expósitos de la calle Moreno y Balcarce se traslada al Instituto Sanitario Modelo de la calle Montes de Oca (Casa Cuna). Se evacuó en ese momento la casa auxiliar de la *Convalecencia* que pasó a ser Asilo de la Pobreza y el Trabajo o “*Asilo del Buen Pastor*”, que nuevamente en 1894 es sucursal de la Casa de Expósitos.

plemente puede remitir a esa visión mítica presente en muchos pueblos, entre ellos los andinos, donde lo subterráneo es el lugar del mal, del diablo, de los *ñaupas*, de las fuerzas oscuras de la naturaleza indomable.

2.3. El pabellón de Anatomía Patológica

Sobre el acceso se encuentra una frase en latín que dice: “*Hic locus est ubi mors caudet succurrere vitae*” (Acá es el lugar donde la muerte socorre la vida)²⁰.

Varios ambientes existentes en el lugar -el museo, el anfiteatro, la morgue, la capilla y el subsuelo con su correlato de túneles- nos brindan mensajes distintos pero amalgamados en una única concepción.

Preside la entrada una cabeza de bronce de Chistofredo Jacob; su fantasma parece estar, sin embargo, en todos los rincones. Un émulo moderno del científico se encuentra custodiando el lugar. Es un médico investigador que también estudia los cortes cerebrales. Dicen sus colegas que el Dr. Goldar era un científico de nivel internacional.

El museo tiene en su entrada un ave de rapiña embalsamada que nos recibe con sus alas abiertas en actitud de vuelo. Nos esperan luego frascos y frascos con cortes de cerebro, criaturas deformes, seres sin cerebro, dos fetos unidos e incompletos. Caras que nos transmiten esa idea de *degeneración genética* de la cual hablábamos anteriormente. Es el reino de lo horrendo.

La señalización no existe. Los frascos no tienen fecha. Facundo Martínez, quien realiza un análisis del Museo de la Morgue Judicial, en el marco de esa organización típica de la sociología lombrosiana de principios del siglo XX, también encuentra estos frascos con restos humanos -“*preparados*” en el lenguaje médico- “que habitan el recinto desde hace más de 100 años”²¹. Suponemos que lo mismo sucede en el Moyano. Todo el personal está orgulloso de este acervo, dado que dicen: “*es el más importante museo en el mundo de cerebros de esquizofrénicos*”.

No falta el libro de fotografías de las dementes internadas. Foto, escuetos datos, fecha. La portación de *cara demente* a la manera Lombrosiana. La mayoría de las fotos en papel que pude ver databan de los primeros años de la década del ‘20.

El anfiteatro o sala de conferencias es digno de contemplar. Una maravilla importada de Alemania que aún se conserva con hidalguía. En el centro, a la vista de todas las gradas, se encuentra la cama de mármol destinada a la disección de cadáveres. El mobiliario es original. Esta infraestructura no parece estar en uso.

20. Ver lo dicho anteriormente en la cita N° 10 (Foucault).

21. En González, Horacio; Rinesi, Eduardo; Matínez, Facundo: *La Nación Subrepticia. Lo monstruoso y lo maldito en la cultura argentina*.

Al lado está la morgue. Continúa en funcionamiento. Sus habitantes provienen del sistema judicial, que forma parte del conjunto, dado que existe dentro del Moyano una dependencia penitenciaria.

Al semi-subsuelo lo visité en varias oportunidades. En las primeras el lugar se encontraba inundado y el olor nauseabundo que despedían las ventanas sin vidrios era insoportable. El personal se ocupó luego de eliminar el agua, haciendo menos desagradables las visitas.

Bajo el agua se encontraban cientos de fotografías de vidrio con cortes de cerebro de la primera época del trabajo de Jackob. Estas fotografías de vidrio refuerzan la imagen que tiene todo el conjunto, de detenido en el tiempo. No ha pasado por allí ni el *electroencefalograma*, que permitió en la década del '40 la detección de tumores, epilepsias, traumatismos, esclerosis en placa, etc. Sólo cortes de cerebro, y por miles.

Muebles podridos llenos de frascos de variado tamaño, grandes damajuanas para depósito de formol y otros preparados químicos. No falta la célebre máquina fotográfica, instrumento esencial de la manía clasificatoria e identificatoria.

Un artefacto de hierro fuera de uso era el medio de transporte de las muertas a la capilla-velatorio de la planta baja que hoy está fuera de uso. Dicen que las fallecidas se trasladaban por los túneles para que no fueran vistas por las otras enfermas. Sin embargo, la dimensión de los túneles hace improbable el traslado de camillas o cualquier objeto de similares dimensiones dado que son estrechos y bajos. Pero todo contribuye a la mitología fantástica del lugar.

Luego de este recorrido me viene a la memoria la cita de Facundo Martínez referida al Dr. Veyga, titular de la Cátedra de Medicina Legal de la UBA: *"el instituto de Medicina Legal comprenderá: la sección de morgue (identificación del cadáver, etc.) el anfiteatro de autopsias médico-legales, y tendrá su museo propio..."*²¹

Al lugar no han entrado todavía técnicas del siglo XX, como la tristemente célebre del electroshock, o el electroencefalograma o la tomografía computada. Mucho menos el denominado *"chaleco químico"* que ha posibilitado que en la actualidad los *atrapados sin salida* sólo sean los más pobres y los que no tienen hogar, ni familia, ni trabajo. Al salir del pabellón uno siente la sensación de que ha estado visitando la Argentina de 1900.

¿Estamos todos locos?: hacia una arqueología de la locura en Buenos Aires

Daniel Schávelzon ⁽¹⁾

La arqueología de rescate en una ciudad da extraordinarias sorpresas: lo que parecería ser una actividad “tipo bombero”, en la que se corre a apagar incendios, en realidad es algo que nos permite entrar a lugares para una arqueología de proyecto típicamente universitaria. Esto que vamos a narrar es lo sucedido en dos acciones de estas características, una en el Hospital Neuropsiquiátrico Moyano y la otra en el Centro de Salud Mental Nº 3, donde lo encontrado no habla de los internos sino de los psicólogos, médicos y autoridades, de la sociedad en su conjunto. Son casos en que hemos excavado los restos de la destrucción de organismos científicos del más alto nivel, por decisiones poco claras, desidia, política burda, incomprensión, negociados o falta de inteligencia. Como bien escribió un interno en la fachada de uno de esos edificios: *¿estamos todos locos?* Son historias que, en otro contexto, resultarían escalofriantes; aquí fueron sólo dos estudios arqueológicos.

El ex Instituto Nacional de la Nutrición, actual Centro de Salud Mental no. 3

Durante 2005 se comenzaron obras para hacer un edificio en la parte posterior del Centro de Salud Mental Nº 3 “Arturo Ameghino”, en la avenida Córdoba 3120. El Centro pertenece al Gobierno de la Ciudad y allí se lleva a cabo un trabajo en drogadicción, dependencias y otros problemas sociales. Mientras se comenzaba a excavar, el personal observó que iban quedando expuestos frascos, platos y objetos. No existían las posibili-

1. Arquitecto, Universidad de Buenos Aires, 1975, Maestría en Restauración de Monumentos (UNAM, México, 1981) y Doctorado en Arquitectura (UNAM, México, 1984). Ha fundado y dirigido el Centro de Arqueología Urbana (FADU, UBA) desde 1991, el Área de Arqueología Urbana del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires desde 1996, actualmente dependiente de la Dirección General de Patrimonio, y el Área Fundacional de Mendoza desde 1988, entre otros. Investigador Principal del Conicet, ingreso en 1985. Profesor Titular desde 1984, Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo, Universidad de Buenos Aires. Ha sido profesor de universidades de diversos países de América, en especial en México (UNAM, ENAH y UAM). Ha recibido premios y becas internacionales. Miembro de la Academia de Historia de Buenos Aires, Secretario desde 2005.

dades materiales de un trabajo sistemático, la empresa constructora estaba en plena excavación y la mitad del pozo ya había sido destruido. Pese a esos inconvenientes se decidió actuar rescatando el material posible y los datos contextuales del evento que había llevado a ese extraño entierro masivo de objetos. La cronología moderna y las condiciones del descarte como destrucción intencional eran tentadoras para dejarlo de lado.

Abrir la puerta al pasado de los últimos años es un tema fuerte, teniendo mucho que decir la arqueología. El que los militares hayan asumido la idea de *desaparecer* a sus enemigos, borrarlos de la existencia, sigue siendo un desafío cada vez para quienes trabajamos haciendo visible la materialidad de los eventos transcurridos.

El Centro de Salud Mental fue fundado en 1948, para tener un lugar de tratamiento de lo que surgía como un campo que incluía a los llamados neuróticos, psicópatas y toxicómanos, todos problemas psicológicos no ubicables en terrenos de la alienación, fuertemente influidos por el psicoanálisis. Más tarde, en la dictadura, hubo un impulso para regresar a la psiquiatría tradicional representada por la figura del Dr. Ameghino. Su prédica se centraba en “*un filtro para depurar la sociedad de elementos perniciosos (y) todo elemento que amenace el bienestar de la integridad racial*”. Esto produjo fuertes oposiciones y marcados conflictos.

La historia se inició cuando en 1909, Francesco Garzia, napolitano, había construido este Sanatorio Modelo; en 1923 pasó a la Municipalidad. Tenía una fachada monumental que aún ostenta las letras SM. Tras el cambio de propietario funcionaron allí varios organismos, entre ellos, desde 1928, el Instituto Nacional de Nutrición; diez años después pasó a la Nación. Había sido fundado por el Dr. Pedro Escudero, quien inició los estudios sobre alimentación, nutrición y dietas. En 1969 se instaló allí el Instituto de Salud Mental y regresó a la Municipalidad en 1978.

El terreno del hallazgo es un jardín donde la parte central había sido destruida por la maquinaria, incluido el pozo, al menos en un 50 %. Debió medir dos metros de ancho y tener una profundidad similar. Hay un detalle interesante para la ciudad y es el insólito juego de desniveles entre calle y terreno, antes separada del jardín por un paredón de tres metros de alto. Con el tiempo toda la manzana fue rebajando el nivel piso bajo desapareciendo los relictos de una zona con topografía diferente a la actual, siguiendo con el proceso de aplanamiento general de Buenos Aires.

Nuestro trabajo se hizo a partir de las siguientes hipótesis: 1) ¿era posible explicar y fechar el evento que se estaba observando?, 2) ¿era posible establecer las características de la vajilla descartada o se descartó también un laboratorio?, 3) ¿por qué no se arrojó todo eso a la basura normal y en cambio se lo enterró, lo que resulta insólito para el momento en que se hizo? Y estas preguntas nos llevaban a otra: 4) ¿cuál es la relación entre una ciudad que tiene problemas de nutrición y crea un Instituto con ese objetivo, con que la vajilla para ser usada allí se mandara a fabricar a Inglaterra y luego se la descartara masivamente, al igual que las medicinas y laboratorio?

Vale la pena detallar la inmensidad de lo hallado: podemos comenzar con los mayoritarios platos marca Ridgway. Es una vajilla de alta calidad, de la que llamamos porcelana de baja cocción. Tiene en la parte superior un anillo delgado con la inscripción INN y por la parte de atrás la marca *Ridgway Shelton England*, al centro *Estd. 1792* y abajo la inscripción “Distribuidores Diéguez & Bergna, Buenos Aires”. La marca corresponde a la fábrica Bedford Works ubicada en Shelton, Hanley; se inició su uso en 1932 y casi dejó de existir en 1952. En total se recuperaron 1282 fragmentos que pesaron 69.70 kilos. Respecto a los platos playos el peso promedio es de 750 gramos; se encontraron 832 fragmentos que pesan 49.82 kilos, lo que corresponde a 66.5 platos. En los platos hondos el peso promedio de cada uno es de 770 gramos. Se encontraron 416 fragmentos que pesan 19.98 kilos lo que corresponde a unos 26 plato. Lo recuperado es de casi exactamente 84 platos.

Otro grupo consistió en un conjunto heterogéneo de lozas que tienen en común el color amarillento, tradicional a lo hecho con posterioridad a la década de 1930. Sin entrar a describir cada una, hay marcas nacionales y extranjeras, platos hondos, playos, de postre y para tazas de café y té, al igual que sus tazas. El total de vajillas de loza es de 3018 fragmentos que pesaron 1107 kilos y que debieron corresponder a 185 objetos. Si mantenemos cómo válido que lo rescatado es aproximadamente el 5 % del total, esto se transforma en algo impensable, ya que mover más de dos mil kilos de loza es de por sí todo un trabajo.

Lozas halladas y posible cantidad original			
	Fragmentos	Peso (kg)	Objetos
Halladas	3018	110.70	185
Posibles*	60.360	2214.00	3700
* Calculado al 5 % del total			

Los vidrios encontrados indican que en un total de 2932 de fragmentos, frascos y botellas completas se pueden observar tres conjuntos: 1) frascos y botellas de remedios y laboratorio, 2) objetos de laboratorio y 3) botellas de uso personal (tocador, consumo alcohólico y otros). Entre los primeros, que son la mayoría, hay vidrios que pueden separarse por sus colores ya que tienen relación con el propósito para el cual fueron fabricados. Los mayoritarios son los transparentes (1274 fragmentos) que incluyen frascos y botellas y deben corresponder a un NMI aproximado de 116 frascos y botellas. A eso se le pueden sumar 46 hallados enteros, lo que da cerca de 152 frascos-botellas descartados. En segundo lugar hay frascos marrones, comunes en medicina y laboratorio. Se hallaron 310 fragmentos y 66 enteros; hubo entre los fragmentos 60 bases y la mayoría de los picos son para rosca –tipo tapa plástica- y un único pico vertedor, aunque hubo al menos 16 picos para tapones de goma y esmerilados. El tercer tipo de vidrio es el verde, generalmente atribuido a las botellas de alcohol, de lo que hubo 642 fragmentos con un NMI de 34 botellas. Hay 49 ampollas comunes y de inyección automática, enteras y 66 tubos de ensayo, aunque por su fragmentación supongo que serán más de cien.

Las botellas identificadas que no son de medicina corresponden a tres marcas de bebidas alcohólicas, una gaseosa, un florero, una copa, un vaso, un sifón, un tintero, dos perfumeros, tres de productos para el pelo masculino, una bolita infantil, una botella de aceite y seis lámparas eléctricas: los objetos personales son el 0.09 % del total.

Entre los objetos de laboratorio hay restos de grandes lámparas, jeringas y sus émbolos (del tipo antiguo), tubos, tapones esmerilados, sondas y objetos diversos. Hubo dos botellas de Suero Baxter con sus soportes de aluminio y tres tapas. Entendamos que esto significa la friolera de unos diez mil objetos.

Vidrios hallados y posible cantidad original		
	Fragmentos y enteros	Objetos
Hallados	2932	500
Posibles*	58.640	10.000
* Calculado al 5 % del total		

Como es habitual en Buenos Aires el material ferroso estaba muy oxidado. Se recuperaron 9.23 kilos y hay restos de un triciclo infantil, latas de conserva y tapas de frascos, de ollas, escupideras y dos pavas. Nuevamente llevarse cargando unos 190 kilos de objetos de metal no es cosa sencilla.

Se encontró 183 huesos o fragmentos, de ellos sólo uno humano ya que los demás eran de vacuno (*Bos Taurus*) 91, ovinos (*Ovis aries*) 8, pollo (*Gallus gallus*) 12, pavo (*Meleagris gallopavo*) 1, perro (*Canis familiaris*) 1, pescado 3 y aves indeterminada 6; además hubo 44 astillas no identificables. Cabe destacar la presencia de un molar humano quebrado. El 34.10 % estaba quemado. Es evidente que la mayoría de los huesos son de un posible gran asado compuesto por carne vacuna (50 %), un pollo (6.6 %) y parte de oveja (4.3 %).

Dijimos que un cálculo aproximado de lo que se rescató es seguramente el 5 % del total. Esto nos permite ver que las dimensiones de lo descartado es enorme, cosa llamativa si pensamos la contemporaneidad temporal del material; asimismo la observación del pozo no demuestra procesos de compresión o acumulación de sedimento. Si pensamos que tenemos para el total del pozo más de 2.200 kilos de lozas de 3.700 platos y vajilla, unos 10.000 frascos, botellas, tubos de ensayo y objetos de laboratorio, 180 kilos de hierro más unos doce kilos de otros metales, algunos materiales de construcción y otros de uso personal, da una cifra extraordinaria.

Estas serían algunas conclusiones: 1) el conjunto más representado es el de la vajilla de comida; dentro de éste, los platos son más del 90 %, no hay de servir y casi no hay de cocinar; 2) el segundo conjunto es de farmacia incluyendo medicinas y laboratorio; la mayor parte de éste son frascos de vidrio con contenido y tapa; 3) los obje-

tos de uso personal (0.09 %) son casi inexistentes; 4) el contenido del pozo fue descartado en un lapso muy corto de tiempo; 5) la mayoría de los objetos fueron descartados enteros; 6) al terminarse hubo fuego sobre estos objetos con quema de huesos y pan e implicó bebidas alcohólicas.

La pregunta de cuándo se produjo ésto puede ser respondida, aunque una mirada que se cruce con la información histórica puede permitir sumar un evento y una situación política. Creemos que el año 1978, cuando el Instituto regresó al Municipio por parte del Gobierno Nacional, puede ser la fecha clave: desde la cultura material todos los objetos descritos están coexistiendo; diez años antes o después no hubiera sido posible. Políticamente el país de 1978 estaba envuelto en un caos, con el general Videla —entre otros— como dictador, la represión estaba desatada, era el año triste del Mundial de Fútbol simultáneo al secuestro, tortura y *desaparición* masiva de la oposición, la búsqueda de una guerra con Chile y de graves conflictos de todo tipo. Y no es de extrañar que en un centro de salud mental, no dedicado precisamente a la psiquiatría sino a los problemas psicológicos de la comunidad, haya habido enfrentamientos graves, como sabemos que los hubo. Eran años de plomo y muerte y no suena raro que se produjera una decisión de este tipo: la transferencia de un organismo que implicó graves conflictos gremiales, sociales y de toda clase, los que bien pudieron culminar con la secreta decisión de destruir todo esto: ¿para ocultar algo?, ¿para justificar un nuevo presupuesto de compra?, ¿por simple decisión arbitraria típica de las dictaduras o las burocracias?

Las causas pueden ser muchas, lo concreto es que alguien tomó la decisión de destruir un laboratorio, la farmacia y la cocina y lo hizo a escondidas, sin siquiera descartarlo a la basura diaria, sino enterrándolo, *desapareciéndolo* en el jardín. Al igual que los opositores políticos, los objetos habían dejado de existir. Y quienes lo hicieron tomaron varias botellas de licor y se comieron un pollo y carne asada dejando quemar el pan que les sobró; sin duda debió ser un trabajo duro trasladar todo esto al sitio y taparlo. Quizás esta sea sólo una historia más en la compleja trama de nuestra historia reciente.

El Pabellón Jakob del Hospital Moyano

En Buenos Aires existe un conjunto hospitalario dedicado a los problemas mentales compuesto por dos unidades, habitualmente llamados El Borda y El Moyano; este estudio es en uno de ellos, en El Moyano. Compuesto por pabellones y edificios dispersos por grandes terrenos construidos desde la mitad del siglo XIX siguiendo el antiguo patrón para evitar los contagios y mejorar el control, no es el lugar más simpático para llevar a cabo estudios arqueológicos o patrimoniales. Sus realidades son patéticas, denigrantes por la situación de desamparo, miseria y abandono.

Este proyecto nació por la reacción de los profesionales dedicados al patrimonio del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, que plantearon críticas a que sus propios organismos culturales lo usara para visitas turísticas con sesgo histórico. Más allá de lo

absurdo, rayando en lo patológico, de llevar gente de paseo cultural a manicomios casi destruidos y en ruinas, que le pertenecen al mismo Gobierno, funcionarios y visitas caminaron por dos años sobre el derrumbe de lo que fue uno de los mejores laboratorios del país, sobre bibliotecas desintegradas, negativos de vidrio aplastados y frascos de laboratorio de restos humanos, sobre los que se colocaron tablonces para no mancharse. Se abrió el lugar al público en esas condiciones porque importaba lo lóbrego, que era vendido a visitantes ávidos de emociones de túneles antiguos, donde Juan Manuel de Rosas “escondía tesoros, para llevarlos desde allí al Riachuelo”, entrando absurdamente por un aljibe, que en realidad era parte de una decoración de 1930. Allí fue cuando se lo detuvo para hacer un estudio histórico y patrimonial y en este caso *arqueológico*, ya que en el sótano era necesario excavar en el sedimento o pasta de libros, muebles, restos humanos, basura y fotos, para entender qué pasó. Los estudios se comenzaron, la limpieza y protección también, para quedar nuevamente abandonado. Lo que logró hacerse fue rescatar y limpiar un poco el sitio y los objetos que sobrevivieron.

Es difícil imaginar la situación que encontramos y lo que ello implica en cuanto a la destrucción de la ciencia y de las instituciones. Un rescate que nació como trabajo patrimonial en reacción a otro turístico descontrolado, terminó como una frustración, aunque estudiada arqueológicamente. Una experiencia más de la arqueología de una gran ciudad que a diario obliga a replantear métodos, técnicas y hasta nuestra propia racionalidad ante la realidad que nos circunda.

La enseñanza de la Patología Mental fue establecida en 1886 y puesta en manos de Meléndez, a su vez primer director del Hospicio de las Mercedes. En 1899 se creó el laboratorio de Anatomía Patológica a cargo de Christofredo Jakob. Se iban separando la psicología, la psiquiatría, los estudios neurológicos y los anatómicos. Se estaba completando el traspaso de la salud, desde la religión y la beneficencia, al Estado Nacional. Para que se produjera la llegada desde Alemania de Jakob tenemos que reconocer la existencia de un campo de estudios consolidado. Su historia está ligada al desarrollo de la neurociencia, y su aporte a la neuroanatomía y neurohistología comparadas está a la altura de otros insignes nombres en el mundo. Su obra quedó en unos treinta libros y doscientos artículos ilustrados con estudios microscópicos a color, una épica de su tiempo. Este joven médico psiquiatra dedicado a la neurobiología llegó en 1899 y murió aquí en 1956. Su primer gran obra local fue el famoso *Atlas del sistema nervioso*.

Su estadía generó conflictos de poder y prestigio que se acrecentaban porque además de extranjero era luterano; su vecino Llobet, competidor y colega local, era conservador y ferviente católico, mientras que el tercero, Ramos Mejía, era liberal y activo masón. El Laboratorio sería por mucho tiempo su lugar de trabajo hasta que renunció y regresó a Alemania en 1910 publicando allí un importante libro sobre el cerebro humano; también tradujo al alemán el estudio sobre la neurología de los mamíferos que había escrito junto a Clemente Onelli en el Jardín Zoológico. Sus libros generaron un impacto tan fuerte en el medio internacional que fue invitado a regresar para hacerse cargo de las cátedras de biología en las universidades de Buenos Aires y La Plata. Por entonces

compuso su obra principal, la *Folia Neurobiológica Argentina*. Sus ideas continuaron en el mundo por decenios abriendo posibilidades extraordinarias a la ciencia moderna.

El Laboratorio de Investigación Anatomopatológica corresponde a la segunda etapa de su producción científica, la primera fue en el laboratorio del Hospital Borda donde fundó un centro neurobiológico que hoy persiste, parte de cuyo material histológico, también salvado, se encuentra en el Museo. La obra de Jakob, tras su renuncia en 1953, quedó en los sitios donde se produjo, pero para la década de 1970 el mundo había cambiado y era complejo sostener edificios que necesitaban un alto mantenimiento, en origen entendidos como cátedras, museos, laboratorios y morgues. El pabellón, construido en 1904, es un bloque en la típica arquitectura estatal de tipo monumental, poco funcional, impresionante a la vista, perfecto para dar la imagen de un lugar dedicado a la ciencia y a manipular cuerpos y cerebros. La solución arquitectónica era clara: la planta baja elevada en medio nivel tiene una gran sala de disecciones que es aula y auditorio, con graderías y muebles de época para guardar miles de preparados histológicos de cortes cerebrales y patéticos frascos cuadrados de vidrio para cerebros en formol. Había oficinas y la lógica morgue con camillas metálicas y piletas de formol, lo que aún sigue en uso, con tétricas historias de los tiempos de las dictaduras. El conjunto de lo existente en ese piso parece detenido en el tiempo, en especial por el busto de Jakob, que mira sin ver el paso del tiempo y de las gentes; el mármol le da el tono de sitio sagrado: “*Aquí los muertos le hablan a los vivos*” dice en latín una enorme placa que hoy ya nadie entiende. Una escalera interior baja al nivel semi-subterráneo de los laboratorios, farmacia, biblioteca, fotografía y hornos para cremar cadáveres.

La parte inferior tenía numerosos ambientes ya que Jakob invitaba a expertos de otros países a colaborar en este centro mundialmente conocido. El problema que tenía el edificio era que el sistema de iluminación natural sólo servía mientras se lo mantenía: las ventanas estaban mitad debajo del nivel del piso externo, en una especie de caja que, si bien facilitaba la entrada de luz, también lo hacía con el agua de lluvia. Es cierto que en origen tenía un sistema de desagüe, pero se taponó y entró agua y tierra y gatos y gente y basura durante medio siglo. Eso es lo que pasó: comenzó a llenarse de agua que pudrió los muebles de madera, todo cayó al piso incluyendo bibliotecas y libros, estantes de fotografías de vidrio, cámaras fotográficas de fuelle, frascos para cerebros en formol, medicamentos... Y se fue formando una pasta abonada por ratas y gatos y detritos humanos. Jamás habíamos visto un *estrato arqueológico* de esas características, capaz no sólo de dar información del pasado sino también de sumir en la depresión a quien lo veía: un laboratorio hecho *pasta consolidada*, un sedimento con alturas de un metro.

Cuando un arqueólogo habla de un “sitio” y del “sedimento” que lo compone, uno tiende a imaginar un lugar abierto y un piso de tierra donde excavar. Aquí era un sótano con piso de cemento y el sedimento era lo que estaba arriba de ese nivel, no abajo, lo cual no sólo presentaba problemas técnicos sino también conceptuales: ¿exis-

te una teoría o una metodología para este tipo de intervenciones? ¿La más osada aventura del pensamiento de quienes estudiaron las alteraciones de un sitio pasó por este tipo de casos? Creo que podemos afirmar que no. Estratigráficamente hablando el sedimento estaba sobre un piso sobre el que había desde una capa de tierra y vidrios con objetos recientes hasta pasta de papel, tierra, madera podrida, óxido de hierro, productos medicinales y farmacéuticos y sus envases, basura moderna (botellas, plástico, preservativos, gatos muertos, entre otras cosas), cientos de frascos llenos de suero; en algunos ambientes se había caído el revoque, agregando cal a la mezcla compactada en una masa casi sólida. Un aporte al caos fueron los frascos cuadrados de vidrio en que se colocaban cerebros u otros tejidos humanos que dejaron sus fragmentos —y su contenido— en el sedimento. Pensarlo es ya una aberración. En el laboratorio fotográfico, donde la maquinaria original estaba aún en pie, destruida por el óxido, con cámaras y trípodes. Al no haberse tocado nada, la madera se pudrió, se cayeron las cámaras de donde estaban y quedaron en el piso los fragmentos metálicos oxidados y los lentes en su posición original, dibujando con el polvo la forma de las cámaras.

La observación de los restos de las placas negativas de vidrio permitió ver dos conjuntos: fotografías de internas y cortes histológicos. La humedad hizo que la emulsión se pegara una con otra. Los frascos farmacéuticos aún contienen productos y al moverlos se producen olores nauseabundos, cuyo control de seguridad fue y será complejo.

El estado general del sitio es, para su arquitectura, malo; pero con una limpieza, arreglos generales de carpinterías, techos y muros el lugar no tendría grandes problemas. Se hizo limpieza y el retiro de escombros, recuperación de maderas de las carpinterías de puertas que habían sido desarmadas y listas para ser robadas, reparación de muebles y estanterías para rearmar parte de la vieja farmacia, la recuperación de 2500 frascos y botellas de vidrio, trescientos recipientes de lata y su instalación en ambientes al menos cerrados. Con los negativos de vidrio se logró extraer unos 4500 enteros, mientras que a cientos de miles de pequeños fragmentos que formaban parte del sedimento no fue posible protegerlos. El trabajo fue hecho con restauradoras y conservadoras, todas voluntarias, con serios riesgos para su salud, incluso siendo necesario dejar el lugar por varios días ante la rotura de frascos que despedían olores y humaredas no identificables. Se suponía que era un primer trabajo y que a la brevedad habría acciones de preservación sistemáticas, que jamás llegaron.

Entendemos que tras la rotura de los vidrios y el ingreso de agua se pudrieron las bibliotecas, que se cayeron mezclando libros y papeles con los frascos y su contenido, luego ingresó gente que pisoteó e hizo uso del lugar dejando botellas, comida y materia fecal; y los omnipresentes gatos muertos. La capa superior de frascos, jeringas y material de farmacia lo entendemos tanto como expresión del consumo de drogas como del saqueo con el afán de venderlos a anticuarios. La presencia de centenares de damajuanas de formol tampoco es simple abandono tras su uso, sino que seguramente fueron usadas como droga.

Si bien la interpretación de la excavación coincide y se hace coherente con su contexto, es significativo en términos de tratar de entender el proceso de destrucción de un legado científico y patrimonial de inmenso valor. En el acceso del Pabellón Jakob del Hospital Borda alguien escribió con enormes letras color verde: “*Estamos todos locos*”. Es la mejor conclusión posible ya que lo que sucedió con la memoria de Jakob, con la investigación científica y con un laboratorio de primer nivel, parece imposible. Pero aunque aceptemos lo absurdo de dejar abandonado decenios de trabajo de excepcional calidad científica y culpemos a las dictaduras, a la primacía de lo psicológico sobre otras explicaciones de los fenómenos mentales, al dinero o a lo que sea, nada explica completar la destrucción caminando por encima, y que después de rescatado todo quede abandonado.

Esto nos lleva al punto central: ¿cómo podemos hacer arqueología aséptica, científica, en la realidad social que nos ha tocado vivir?: quizás porque el excavar un sedimento formado por pasta de libros, cerebros humanos y negativos de vidrio no parece resultar otra cosa que el ya citado “*Estamos todos locos*”.

En síntesis, ambos casos, dos centros para tratar la salud mental, uno más antiguo, que lo hizo desde la biología y la medicina, el otro más moderno, desde la psicología social y el psicoanálisis, terminaron en parte destruidos, olvidados y *desaparecidos*. Lo que excavamos fue el resultado de medio siglo de Barbarie y nos preguntamos si la locura estaba afuera o adentro. La arqueología no da respuestas a los problemas sociales, pero quizás ayude a poner en evidencia algunas de sus expresiones materiales. Por eso la arqueología hoy no es sólo *ser modernos* en nuestro hacer o pensar, es romper los límites disciplinares y aventurarse en los derroteros de la memoria, de la identidad y del patrimonio. O al menos eso es lo que esta ciudad necesita desesperadamente de sus profesionales.

Bibliografía

Daniel Schávelzon, “¿Estamos todos locos? El patrimonio de *los no locos*: excavaciones y estudios en el Hospital Moyano en Buenos Aires”, *Estudos Iberoamericanos*, vol. XXXII, no. 2, pp. 7-24, Porto Alegre, Brasil, 2006

*El lazareto-hospital de la Boca del Riachuelo
a fines del siglo XIX.*

Prof. Celia Codeseira del Castillo⁽¹⁾

Para las Jornadas sobre patrimonio hospitalario de la Ciudad de Buenos Aires nos propusimos recuperar el patrimonio histórico arquitectónico de una institución que ya no existe: el Lazareto de la Boca del Riachuelo.

Los lazaretos eran antiguamente hospitales destinados a leprosos. Luego se denominó así a los que se encontraban lejos de los poblados y se destinaban para realizar la cuarentena de viajeros que venían de zonas afectadas por enfermedades contagiosas, o alojar enfermos en caso de epidemia.

Como sabemos la Argentina experimentó una gran transformación a partir de 1880. La política económica programada por el presidente Julio Argentino Roca requería mano de obra para su ejecución que sería provista por los inmigrantes. Fue una época de profundos cambios para la sociedad argentina. Para lograr el progreso propuesto por la generación del 80, llegaron oleadas masivas de europeos que abandonaron sus países debido a la desocupación, el hambre, las guerras y los conflictos religiosos.

El torrente inmigratorio concentrado en Buenos Aires generó problemas habitacionales porque la ciudad no estaba preparada para recibir a tantas personas en tan corto

1. Profesora de Historia, Museóloga y Master en Cultura Argentina. Fue profesora titular de Paleografía y Diplomática y profesora adjunta de Disciplinas Auxiliares de la Historia en la Universidad del Museo Social Argentino y profesora de Didáctica de las Ciencias Sociales en el Profesorado Santa Catalina. Investigadora, tiene publicados tres libros: *Lucilo del Castillo y la medicina de su tiempo (1865-1900)*; *La educación y la cultura en el pensamiento sanmartiniano*, y *Belgrano y la dignidad humana*.

lapso. El antiguo Hotel de Inmigrantes², con su característica forma poligonal, era una barraca de madera y chapa que daba albergue por unos días, luego los recién llegados debían buscar otro lugar para establecerse. Estaba ubicado en Retiro, donde hoy se encuentra el andén n° 9 del Ferrocarril Mitre, y fue construido para hacer proyecciones de transparencias o filminas, para un público que asistía para entretenerse. Luego se lo transformó en alojamiento y se construyeron una serie de galpones para ampliar su capacidad. Por esa razón lo más accesible para los inmigrantes fueron los conventillos de San Telmo, que eran grandes casonas con muchas habitaciones que se comunicaban por un patio central. En cada habitación se alojaba una familia completa, muy numerosa en ese entonces, y compartían las piletas, la cocina y el baño. Estas deterioradas casas habían pertenecido a la clase rica porteña y fueron abandonadas durante la epidemia de fiebre amarilla de 1871.

El cólera³ es una infección aguda que afecta a todo el intestino delgado, y está caracterizada por vómitos, diarrea, calambres musculares, deshidratación, oliguria y colapso. El agente causal es el vibrión colérico. El cólera se transmite por ingestión de agua, pescado y otros alimentos contaminados. El período de incubación es de uno a tres días. Puede ser subclínico y manifestarse como un episodio no complicado, o como una enfermedad fulminante. Para controlar el cólera es esencial el aislamiento y la desinfección de los abastecimientos de agua.

Por esas razones, el hacinamiento, la falta de agua potable y la falta de higiene en los alimentos y lugares de trabajo originaron y/o multiplicaron los casos de cólera en 1886. También los viajes desde el viejo continente a América se caracterizaron por los mismos problemas.

Había que hacer frente a las epidemias que aparecían periódicamente con lazaretos adecuados, aunque materialmente no se contará con el presupuesto y el personal necesario.

Cómo se concretó la lucha contra las epidemias

Un pequeño brote de cólera apareció en nuestro país en el año 1856. Le seguirán otros de mucha gravedad en 1867-69, 1873-74, 1886-87 y 1894-95.

Algunos historiadores hacen referencia a la Comisión de Inmigración creada por Bernardino Rivadavia encargada de traer al país artesanos de Europa y al Reglamento sobre Política Marítima “que consagraba el germen del Primer Hotel de Inmigrantes”⁴.

2. En 1883 tenía una capacidad para alojar 4000 personas y un año más tarde la duplicaría.

3. El *colera morbos* es una enfermedad originaria de la India y surgió a orillas del río Ganges.

4. Graciela Swidersk, Evolución Histórica de la Dirección Nacional de Inmigrantes, folleto, s/f. Dirección Nacional de Migraciones.

Entre 1867 y 1869 el médico sanitarista Pedro Mallo redactó el Reglamento de Policía Sanitaria Marítima, ya que ejercía como médico de sanidad del puerto de Buenos Aires.

Recién en 1876, el presidente Nicolás Avellaneda fomentó la llegada de extranjeros con la Ley 817 llamada *de Inmigración*, con la que colaboró el ministro Simón de Iriondo. Ésta determinaba las condiciones de seguridad e higiene que debían tener las naves que transportaban inmigrantes y las acciones que debían realizar los capitanes en caso de epidemia. No alcanzó para prevenir las enfermedades ya que los problemas comenzaban en el momento de embarcar y se complicaban –como expresamos anteriormente- con el hacinamiento, falta de limpieza y alimentación inadecuada durante el viaje.

En 1878 se creó una Junta Provisoria de Higiene Nacional integrada por Guillermo Rawson, Manuel Aráoz, Eduardo Wilde, Juan Kyle y Teófilo Barón.

En 1880 se creó el Departamento Nacional de Higiene⁵ que contaba con más recursos que la Junta, pero se observa a través de sus publicaciones reclamos al gobierno en el sentido que se ocupara más de los pobres, mejorando entre otras cosas las viviendas y controlando la calidad de los alimentos. “Las condiciones de los lazaretos destinados a internar a los afectados –cortando la cadena de contagio- fueron tan deficientes que no ofrecían garantías a los enfermos y a la población”⁶.

En 1884 la Ley N° 1451 autorizaba al Poder Ejecutivo a invertir hasta \$400.000 moneda nacional en la construcción e instalación de lazaretos provisorios y en todas las medidas que fueran necesarias para impedir la importación y propagación del cólera morbus en la República.

La legislación vigente autorizaba a establecer lazaretos de observación donde fuera necesario, aunque luego dejó de usarse porque se aplicó el sistema de inspecciones sanitarias propuesto por el doctor Pedro Mallo.

La Junta Central de Lazaretos tenía atribuciones precisas:

- 1) determinar la ubicación de todos los lazaretos nacionales que se establecieran provisoriamente.
- 2) proceder a su inmediata construcción, previa aprobación de las propuestas que resultaran más ventajas para el tesoro público.
- 3) proponer los reglamentos necesarios para la mejor organización y administración de ellos.
- 4) inspeccionar y vigilar los establecimientos.
- 5) imponer las medidas sanitarias más convenientes

5. Existió hasta 1943 cuando fue reemplazado por la Dirección de Salud Pública y Asistencia Social.

6. Recalde, Héctor. El Cólera en la Argentina. Revista Todo es Historia n° 286, 1991

6) proponer al ministerio el personal a emplear.

7) debía practicar los estudios necesarios para dotar a la Nación de uno o más lazaretos definitivos.

La Junta se disolvió ya que por su constitución orgánica y la naturaleza de sus funciones, no podía imprimir la unidad y rapidez de acción que el momento exigía.

En 1886 se firmó la Convención Sanitaria de Río de Janeiro. En ese documento se establecía que el control de las naves que transportaban inmigrantes estaría a cargo del Departamento Nacional de Inmigración. Pero esas medidas no alcanzaron porque los problemas se iniciaban durante el embarque y la navegación. Recordemos que el vibrión colérico fue descubierto por Roberto Koch en 1882 y que los médicos tardaron un tiempo en ponerse de acuerdo en temas como el aislamiento y la desinfección.

La Dirección Nacional de Lazaretos

Durante la presidencia del doctor Miguel Juárez Celman, que tuvo lugar entre 1886 y 1890, el doctor Lucilo del Castillo tomó posesión efectiva de la Dirección Nacional de Lazaretos cuya sede estaba en la ciudad de Buenos Aires. Es decir, el gobierno reunió en una sola persona las atribuciones y facultades de la Junta, con el objeto de dar mayor agilidad a las realizaciones.

En ese momento la Dirección Nacional comprendía el Lazareto de observación en Martín García⁷, el lazareto flotante de coléricos que funcionaba en el bergantín goleta General Villegas, y el que nos ocupa, en la Boca.⁸

Lazareto de la Boca del Riachuelo

Estaba situado en la Isla Demarchi, que dividía en dos canales la desembocadura del Riachuelo. Tenía una superficie de 2 hectáreas, y era un desprendimiento del espolón de un extenso terreno que el señor Antonio Demarchi poseía en la margen derecha de ese río. Durante la época de Rosas fue asiento de una guardia militar y luego se convirtió en crematorio de las víctimas de la fiebre amarilla.

Esa zona se caracterizaba por los frecuentes desbordes del Riachuelo que originaban pantanos y lagunas donde crecían juncos y flotaban camalotes y donde pululaban moscas, mosquitos, alacranes, cucarachas, murciélagos y otros tipos de alimañas.

7. La Isla Martín García era la puerta de entrada al Río de la Plata y por lo tanto el lugar ideal para la construcción de un gran lazareto. Era el paso obligado para las embarcaciones que venían de Europa y de los países limítrofes.

8. Debemos aclarar que existió en la Ciudad de Buenos Aires otra institución con fines similares, que no dependía de la Junta Central de Lazaretos ni de la Dirección Nacional de Lazaretos. Era la Casa Municipal de Aislamiento abierta en 1882 al cerrarse el Lazareto de San Roque para transformarlo en Hospital. Estaba ubicado en la Quinta Leinit, sita en Paraguay y Azcuénaga, que fue usada como Lazareto en las epidemias de cólera de 1869 y de fiebre amarilla en 1871. En abril de 1886, por su deficiente funcionamiento y por iniciativa del Dr. José E. Penna, se trasladó a un terreno que ocupaba cinco manzanas donde se construyeron tres galpones grandes. Luego fue equipado con una estación sanitaria y años más tarde con un horno crematorio. En ese lugar se levantó luego el Hospital Muñiz.

En sus costas se instalaron numerosos astilleros, y está registrado que en 1865 ya había 38 funcionando. Allí también se desarrolló la industria de los saladeros. Para mejorar las condiciones ambientales en 1880 se construyeron muelles y se empedraron las calles.

En 1883 y como consecuencia de la obra emprendida por el Ingeniero Luis A. Huergo, quien dotó al Riachuelo de una nueva desembocadura, pudo atracar un vapor europeo. Antes, no sucedía lo mismo debido a que un banco llamado la Barra del Riachuelo impedía el paso de las embarcaciones que debían para muchos días esperando la creciente para poder avanzar.

Adolfo Saldías describió muy gráficamente la realidad de ese momento expresando que “a lo largo de inciertas calzadas se extendían zanjones donde siempre había agua verdosa suficiente como para que se multiplicasen, al amparo del sol y de la madre naturaleza, los bacillus de cólera, de la difteria y del tifus.”

Desde la Dirección Nacional de Lazaretos, durante la administración del Dr. del Castillo, se hicieron reformas para un mejor aprovechamiento de los edificios existentes, ya que ese fue el punto elegido en 1888 para iniciar la construcción del Puerto Madero⁹.

Durante los meses de abril y mayo del año anterior se inició la reubicación de los pabellones debido a los inconvenientes que produjo la instalación de los depósitos del nuevo puerto en un terreno que pertenecía al Lazareto.

¿Qué características presentaba el Hospital-Lazareto?

Contaba con cinco pabellones de madera, que armonizaban en su estilo arquitectónico, diseñados de acuerdo al proyecto de la Junta Central de Lazaretos. Contaba también con varios depósitos de agua fluvial para atender todas las necesidades.

Había dos construcciones principales situadas en la parte más alta de la isla, provistas de anchas claraboyas y espaciosas puertas, lo que permitía una ventilación regular. Cada pabellón tenía 55m de largo, 25m de ancho y 4m de alto en las partes laterales y en el centro la altura se elevaba a 6m.

En un informe¹⁰ su director, el Dr. E. Seco, cita que calculando solamente la altura de las partes laterales y la longitud del edificio, daban aproximadamente una capacidad cúbica de aire, en cada pabellón, de 2.100m. Tenían lugar para cincuenta camas, de lo cual se deduce que correspondían a cada internado 40m³ de aire.

9. En 1883 se contraen empréstitos con un sindicato de banqueros de París para financiar las obras de canalización y construcción del muelle del Riachuelo, que fue el puerto provisorio hasta la construcción del definitivo.

10. Informe a la Dirección General de Lazaretos, 15 de junio de 1887.

Además cada pabellón estaba dividido en dos salas, lo que facilitaba la separación por sexos. La distancia entre ambos pabellones era de 120m lo que permitía la instalación de pacientes con distintas afecciones.

Hubo también un tercer pabellón, más pequeño, que albergaba 20 camas. Es decir, que la capacidad total del Lazareto fue de 120 camas.

Nos referiremos ahora a otras construcciones dedicadas a servicios y oficinas. Es el caso de un cuarto pabellón construido en los últimos meses de 1886, con destino a la Administración. Se componía de tres piezas contigua, una a cada lado. En la de la izquierda funcionaba la Botica, a la derecha el escritorio. Tenía 9.50m de ancho, 9.50m de largo y una altura de 4m.

El quinto pabellón fue construido con las casillas de madera que debieron ser trasladadas por las obras del puerto. Constaba de tres piezas contiguas, una de cada lado, igual al cuarto pabellón y en simetría con los demás. En el centro se localizaba el comedor y despensa, y las piezas laterales eran los dormitorios de los peones. La cocina estaba ubicada a 10m de distancia, es decir en el centro del Lazareto, aunque en el plano original había tres cocinas.

Constaba también de un muelle de 20m de largo y 6m de ancho que se había levantado en la entrada al Lazareto y de dos grandes torres de madera de 8m de alto, que quedaban situadas entre el cuarto y quinto pabellón. Un gran arco de madera las unía en la parte superior, en cuyo centro se izaba la bandera nacional. A ambos lados de las torres, había una habitación destinada a portería.

Un camino de árboles se extendía en toda la longitud del terreno y cumplía una doble función: mejorar el paisaje y dar sombra. En 1887 se había proyectado un jardín utilizando las plantas que abundaban en el lugar.

Como era época de epidemias se había decretado la cremación de los enfermos que murieran de enfermedades infecciosas. Una ordenanza municipal del 7 de abril de 1886 disponía la construcción de un horno crematorio y aunque la cremación era obligatoria, no fue siempre cumplida. Como consecuencia de esa legislación entraron en funcionamiento cuatro hornos. En la ciudad de Buenos Aires uno en la Casa de Aislamiento (donde luego se levantaría el Hospital Muñiz) y el de La Boca. Fuera de esa jurisdicción, el de Martín García y el de Ensenada¹¹. Por esa razón el primer horno crematorio se construyó en el Lazareto del Riachuelo fue en pocas horas debido a la llegada constante de cadáveres cuando el cólera azotó Buenos Aires. Constaba de una bóveda de ladrillo refractario dividido por la mitad por un borde metálico que se inutilizaba con el uso. Tenía 2,78 de largo, 1.80 de ancho y 1.58m de alto. Estaba instalado entre los dos pabellones principales, equidistante 70m de cada uno. Para su mejor ais-

11. Recién en 1903 se construirá el del cementerio de la Chacarita.

lamiento una pared lo circundaba por completo. Como combustible se utilizaba leña rociada con alquitrán.

Para reemplazar el anterior, más adelante fue construido otro horno. Tenía 2.70m de alto, 3.55 de largo y 2.80 de ancho. Constaba de tres aberturas provistas de puertas. La superior comunicaba con el lugar donde se colocaban los cadáveres; la del medio, destinada a recibir el fuego y la inferior, al depósito de cenizas. Otra de las caras estaba provista de una abertura, cerrada con una chapa de amianto, por medio de la cual se controlaba la operación. La chimenea tenía una llave para aumentar o disminuir la combustión.

Los enfermos fueron atendidos en 1887 por cólera morbus, viruela, gastroenteritis, venéreas, fiebres intermitentes, reumatismo, fimosis, úlceras, diarreas y blenorragia. Como vemos además de lazareto funcionaba como hospital.

La administración contaba con un presupuesto provisorio de \$ 500 mensuales que apenas alcanzaba para satisfacer las necesidades más urgentes. Un ecónomo llevaba un libro de entradas y salidas de los artículos consumidos, libretas auxiliares de víveres y enceres entregados al mucamo, cocinero y peones.

El Lazareto desapareció, como ya dijimos, con la construcción del Puerto Madero.

Conclusión

A pesar de que el país estaba pasando por una etapa de expansión económica, en materia sanitaria se había trabajado con pocos recursos.

Existieron en ese momento figuras excepcionales que trabajaron por la salud popular como los doctores Pedro Mallo, José Penna, Guillermo Rawson y Eduardo Wilde.

La Dirección Nacional de Lazaretos, difundió los postulados modernos acerca de los cuarentenarios. Insistía que si se seguían practicando las cuarentenas como en 1882, sin desinfección, no se darían soluciones al problema de las epidemias. Sugería al gobierno el aislamiento de inmigrantes en grupos y por procedencia (fechas y vapores), la limpieza personal y de las ropas, y la desinfección de los buques provenientes de zonas epidémicas. Recalcaba que el cuarentenario no debía ser de observación sino de desinfección y limpieza. Así se trabajaba en el Lazareto de Martín García pero no en el de La Boca, que era más pequeño y precario.

En 1887 el señor Juan Muñoz Cabrera, que estaba a cargo de la Oficina de Pagos de los Lazaretos Nacionales, informa al Director Nacional doctor Lucilo del Castillo, que durante la epidemia de 1886 se tomaron fuera de presupuesto muchos empleados, a los que fue imposible pagar y a los que al despedirlos, se les daba vales por el sueldo

devengado¹² e insistió en que las sumas asignadas a los Lazaretos eran apenas suficientes para la conservación de esos establecimientos. Aclaraba que el presupuesto para el Lazareto de la Boca se pagaba por el Ministerio de Relaciones Exteriores y que en la contabilidad no le cabe participación alguna. No teniendo como hacer frente a esos compromisos, el Gobierno Nacional resolvió se pagasen con fondos destinados a epidemias.

Con respecto al movimiento de enfermos, tenemos datos del primer semestre de 1887, cuando la epidemia estaba declinando. El total de enfermos ingresados fue de 64, de los cuales 21 padecían cólera, muriendo 16. Los restantes 48 fueron dados de alta.

El Director del Establecimiento, Dr. E. Seco, informa también que los trabajos de reforma y edificación del establecimiento le habían absorbido todo el tiempo transcurrido en los últimos dos meses de ese año.

Según el Ing. Luis A. Huergo había en la ribera boquense 4.350 metros de muelles y que a fines de 1885 hubo un movimiento total de entrada y salida de ese puerto de 35.136 buques, lo que representaba un movimiento diario de 120 a 140 buques, más las chatas que hacían las operaciones de trasbordo.

Recordemos que este barrio tenía un altísimo porcentaje de inmigrantes quienes construyeron sus casas de madera, y luego de chapa acanalada. Genoveses, sicilianos, napolitanos y marineros se radicaron a orillas del Riachuelo, con la esperanza de lograr con esfuerzo, una vida mejor. Pero la falta de obras de salubridad, las inundaciones, la acumulación de residuos provenientes de los saladeros, la existencia de zanjas y pantanos y las aguas contaminadas hicieron de ese lugar el caldo de cultivo de enfermedades epidémicas.

Por esas razones destacamos la gran función social que cumplió el Lazareto, en esa zona tan inhóspita, durante la epidemia de cólera de 1886-1887 y también funcionando como hospital en los tiempos de bonanza.

Bibliografía

Academia Nacional de la Historia. *Historia Argentina Contemporánea (1862-1930).*

Buenos Aires, El Ateneo, 1963-

Agote, Luis. *Las enfermedades exóticas viajeras.* Buenos Aires, 1908.

Bucich, Antonio. *La Boca del Riachuelo en la Historia.* Buenos Aires, 1971.

Coni, E. R. *Memorias de un médico higienista.* Buenos Aires, Flaiban, 1918.

Cutolo, Vicente O. *Historia de los barrios de Buenos Aires.* Buenos Aires, Editorial Elche, 1996.

12. Informe del 15 de abril de 1887.

Del Castillo, Lucilo. *Memoria de la Dirección General de Lazaretos*; Anexo a la Memoria de Relaciones Exteriores. Buenos Aires, 1887.

Del Castillo, Lucilo. *Enfermedades reinantes en la campaña del Paraguay*. Buenos Aires, Editorial Juan A. Alsina, 1892.

Huergo, Luis A. *Examen de la propuesta y proyecto del puerto del Sr. Eduardo Madero*. Buenos Aires, Imprenta M. Biedma, 1886.

Junta Central de Lazaretos. *Memoria 1886*.

Molinari, José Luis. *Historia de la Medicina Argentina*. Buenos Aires, Ed. López, 1937.

Penna, José. *El cólera en la República Argentina*. Buenos Aires, 1897.

Publicaciones periódicas

Diario *La Patria Italiana* 14, 16, 18, 19 y 20 de agosto de 1887.

Diario *L'Independant* (diario francés de Buenos Aires) 14 de agosto de 1887.

Recalde, Héctor. “El cólera en la Argentina”, en *Todo es Historia* n° 286, Buenos Aires, abril 1991.

El delito como objeto de la ciencia médica
Un recorrido a través de la utilización del discurso médico
en la criminología argentina de fines del siglo XIX

Lic. Mercedes González Bracco⁽¹⁾

La identidad de un pueblo está atravesada por múltiples historias. Entre ellas, la historia de las ideas, en tanto forma de circulación de ciertos discursos. Creo que, al igual que Foucault², que debemos tomar los documentos entendidos como restos arqueológicos, como monumentos, esto es, ejecuciones, archivos, historias clínicas, informes, etc. y también objetos; servirán como enunciados, como relatos de un proceso social. No importa la intencionalidad de la persona que lo escribió, así como tampoco es relevante si se trata de un documento verdadero o apócrifo, lo que realmente interesa es cómo circuló aquella información y qué efectos de poder produjo. A partir de ello podremos reconstruir las formas de ver y pensar propias de una cultura, de un período histórico determinado, y ver cómo esos discursos nos han atravesado hasta el presente, constituyendo lo que somos. Hay que abandonar la idea ingenua de que es posible descubrir el pasado sólo a través de los documentos, nuestra única posibilidad es realizar una reconstrucción de él. Vista de esta manera la historia no se recupera a través del documento, sino que se reconstruye, inscribiéndose en relaciones de poder, develándose como un producto de enfrentamientos.

Desde esta perspectiva propongo un análisis de la utilización del discurso médico en la criminología en la Argentina finisecular, para luego parangonar ciertos aspectos relacionados con los sedimentos de este pensamiento en nuestra cultura actual.

1. Socióloga, UBA.

2. Foucault, Michel, *La arqueología del saber*, Siglo XXI, México, 1996

Desde la primera mitad del siglo XIX en textos argentinos fundacionales, desde Sarmiento hasta Martínez Estrada, el país fue imaginado como un cuerpo. La mirada organicista de Sarmiento también esbozó muchos de los principios, metáforas y formas de representación utilizados por los higienistas y por los criminólogos de fines de siglo XIX y principios del XX.

La idea de cuerpo social va a constituir el eje fundamental de la nueva economía del poder de castigar. En este paso de la venganza del soberano a la defensa social³, que corresponde históricamente al avance del capitalismo, la psiquiatría se institucionaliza como una rama especializada en higiene pública; es decir, como ciencia médica encargada de la protección contra los peligros surgidos al interior del orden social, peligros percibidos como enfermedades o patologías presentes en él. Después de la epidemia de fiebre amarilla ocurrida en 1871, el temor al mal invisible generó una discusión pública que intentó identificar los espacios originarios de la infección y “salubrificarlos”, asimilando la dicotomía civilización-barbarie con lo salubre-insalubre.

Pero, ¿cuáles son las ideas que subyacen a las políticas llevadas a cabo por los sanitaristas argentinos de principios del siglo XX? Hagamos un pequeño recorrido por algunas de las teorías imperantes.

Como nueva detentadora del poder político, la burguesía necesitó un plan de gubernamentalidad que le permitiera ejercer su dominio sin grandes contradicciones. Es por ello que determinó toda acción en su contra como una acción criminal, despojándola de su carácter o esencia política. Esto le permitió transformar la subversión en delito. La estrategia consistió en clasificar al proletariado en “clases laboriosas” (o aquellos adictos a la ideología burguesa) y “clases peligrosas” (o aquellos que se le oponen) en pos de separar a los delincuentes de los trabajadores. Así, el delito deja de ser visto como un cuestionamiento de derecho a la propiedad para convertirse en un cuestionamiento moral fundamentado científicamente a través del **positivismo**. El positivismo se presenta como neutral y, por lo tanto, habilitado para otorgar legitimidad a un poder burgués que se basa en la desigualdad política y económica. También permite crear una nueva concepción sobre el trabajo, brindándole un status dignificante en tanto la producción de bienes redundaba en un beneficio para la sociedad. En contrapartida, se degradaba al ocio como algo reprochable y, en algunos casos, criminal.⁴

Todas estas acciones se llevan a cabo a medida que cambia el enfoque de la criminología, la cual deja de concentrarse en el delito para fijarse en el delincuente. Enrico Ferri, representante de esta corriente, justifica esta acción homologándola a la evolución de la medicina, pues de nada sirve el estudio de la enfermedad si no se conocen los hábitos del paciente; de la misma forma (en sus propias palabras) “...*el estudio abstracto del delito, considerado con independencia de la persona del delincuente, no es suficiente hoy.*”⁵

3. Véase Foucault, Michel, *Vigilar y castigar*, Siglo XXI, 1989

4. La denuncia de la nobleza como clase parásita por un lado, y la creación de las *workhouses* por otro, forman parte de esta estrategia. Véase Hobsbawm, Eric, *Bandidos*, Ariel, Barcelona, 1976

Lo que planteaba la escuela italiana de criminología, muy en boga a principios del siglo XX, era un cambio en la concepción del hombre dotado de libre albedrío tal como lo planteaba la escuela penal clásica, por la de un hombre cuyo comportamiento se encuentra determinado por factores de tipo biológico, psicológico y social, convirtiendo al delincuente en una persona anormal, desviada, peligrosa. La noción de peligro une al discurso médico-científico con el discurso legal; homologa al enfermo y al criminal. Lombroso, máximo exponente de esta escuela, expone esto de una manera muy clara cuando dice que “... *el delito es el producto natural y la consecuencia lógica de la enfermedad*”⁶, aduciendo que, en consecuencia, la pena no puede ser otra cosa que un tratamiento médico.

Ferri, por su parte, menciona tres clases fundamentales de factores que intervienen en el delito: factores antropológicos (constitución psíquica y orgánica del delincuente y características personales), factores físicos (medio ambiente físico) y factores sociales (medio ambiente social)⁷. A partir de esto, se puede ver cómo se irán conformando diversos discursos científicos en torno a la construcción del delito como objeto de investigación, los cuales intentarán develar qué es el delito, cuál es su naturaleza, basándose en las causas que llevan a los hombres a comportarse delictuosamente. Las ciencias humanas aplicarán el método experimental de las ciencias “duras” al estudio de los delitos y de las penas, para desentrañar las leyes del comportamiento y de esta manera, adelantarse al hecho delictivo. La prevención y el control del delito serán la base del pensamiento positivista de la criminología.

El método científico implicará también la cuantificación del comportamiento y el registro de la criminalidad, demostrando que las variaciones en la cantidad de algunos delitos con respecto a otros no dependerían tanto de las penas establecidas en los códigos. En este sentido, el carácter normativo del pensamiento clásico pierde relevancia, ya que no forma parte de la preocupación el mejoramiento de las normas o los códigos penales que se muestran insuficientes en la disminución de los delitos, sino la explicación y clasificación de aquella conducta “anormal” del delincuente y, por supuesto, su “transformación” o “reforma terapéutica”, en la medida que sea posible.

Volviendo a nuestra historia, Buenos Aires experimentó entre 1880 y 1920 un rápido proceso de crecimiento económico y demográfico: la inmigración aluvional transformó la composición de la ciudad, llevando la cantidad de habitantes de 180.000 en 1869 a 1.500.000 en 1914, de los cuales la mitad eran extranjeros.

La importancia que adquiere el espacio urbano para el proyecto de modernización hizo necesario regular y combatir aquellos comportamientos que atentaran contra el nuevo orden propuesto, creando y reforzando instituciones que permitiesen dicho

5. Ferri, Enrico, *Sociología Criminal*, Centro Editorial Gongris, Madrid, 1908, pág.16

6. Lombroso, César, *El delito: sus causas y remedios*, Victoriano Suárez, Madrid, 1902, pág.517

7. Bergali Roberto, “Perspectiva sociológica: sus orígenes”, en Bergali Roberto et al., *El pensamiento criminológico*, Siglo XXI, Barcelona, 1997, pág. 95

control. Los positivistas argentinos introdujeron estas concepciones creando las cátedras de Higiene y de Medicina Legal, que en 1875 tienen a Eduardo Wilde como profesor titular. También impulsadas por este higienista, se sancionan las leyes de Registro y Matrimonio Civil y de educación primaria obligatoria, fundamentales para el control demográfico y social.

En este sentido, el avance de la política sanitaria, cuyo responsable a 1892 era el higienista José María Ramos Mejía, buscó incluir procedimientos y hechos públicos, sociales y legales. Ese cambio fue significativo y señaló, en dicho momento histórico, un intento por alcanzar la “defensa social” de una población imaginada como un cuerpo demográfico amenazado por una insalubridad criminal, intento que recién cobraría fuerza a principios del siglo XX. Así, la política higiénica, mientras apelaba a intereses humanitarios superiores, proveyó una forma clave de control disfrazado de modernización. La utilización del modelo de análisis higiénico para explicar un proceso social implicó la identificación de la bacteria y el microbio con la masa inmigrante extranjera. Sobre ellos pensaba Ramos Mejía: *“Cualquier craneota inmediato es más inteligente que el inmigrante recién desembarcado en nuestra playa. Es algo amorfo, yo diría celular, en el sentido de su total alejamiento de todo lo que es mediano progreso en la organización mental. Es un cerebro lento, como el del buey a cuyo lado ha vivido; miope en la agudeza psíquica, de torpe y obtuso oído en todo lo que se refiere a la espontánea y fácil adquisición de imágenes por la vía del gran sentido cerebral ¡Qué oscuridad de percepción, qué torpeza para transmitir la más elemental sensación a través de esa piel que recuerda a la de un paquidermo en sus dificultades de conductor fisiológico!”*⁸

La inmigración siguió en aumento, promovida por su potencial como ejército de reserva que mantenía bajos los niveles salariales. Al no poder hacerse de una parcela de tierra, estos inmigrantes alternaban trabajos rurales como peones o jornaleros con estadías en las ciudades, empleados en la construcción, el transporte o la creciente industria. El nomadismo, a su vez, impidió que entre esas poblaciones compuestas principalmente por hombres jóvenes crecieran núcleos familiares tradicionales. La composición de origen, denotaba que esta mayoría de hombres jóvenes – generalmente italianos y españoles – provenientes de las zonas más pobres de sus países de origen, analfabetos y sin lazos de familia, estaba muy lejos de los *farmers* anglosajones imaginados por Sarmiento.

El hecho de que el positivismo haya partido del orden social como un dato, de un consenso nacido en el pacto social, le impidió ponerlo en cuestión, develar el origen del mismo y poder plantear alguna posibilidad de alteridad. La criminología se convirtió, como dije anteriormente, en una ideología de la defensa social. Esta política de defensa social junto con su concepción de carácter universalista acerca del delito como unidad ontológica y del individuo delincuente como portador en su personalidad o cuerpo de caracteres patológicos, supone una teoría de la peligrosidad pre – delictiva.

8. Ramos Mejía, José María, *Las Multitudes Argentinas*, Tor, Buenos Aires, 1956, pág.56.

El objeto “delito” fue modificado en su contenido sustancial y no en su definición formal; y la iluminación de aquellas anomalías, instintos, pasiones del individuo, no responde a una nueva explicación del mismo, sino a un intento de determinar la implicancia de la voluntad del sujeto en el mismo. Responde a una nueva materia a juzgar, a una ansiedad de conocimiento del delincuente y, por fin, a una calificación valorativa sobre el mismo. Responde también a la necesidad de “normalizarlo”, de aplicarle una pena que transforme el comportamiento del individuo, no ya de castigarlo repressivamente. Es necesario que el sistema penal neutralice la peligrosidad de los individuos y, en tanto pueda, anticipe su comportamiento y defina su futuro. Surge así un nuevo dispositivo teórico que, basado en la idea de higiene social, actuará sobre (en palabras de Ingenieros) “...los parásitos de la escoria social, los fronterizos del delito, los comensales del vicio y la deshonra, los tristes que se mueven acicateados por los sentimientos anormales, espíritus que sobrellevan la fatalidad de herencias enfermizas o sufren la carcoma inexorable de las miserias ambientales.”⁹

Desde este punto de vista se ve conceptualizado el “estado peligroso”, aplicable a aquellos individuos que ya hayan cometido crímenes, pero también a aquellos quienes, por su forma de vivir, *podrían* cometerlos. El estado peligroso aparece así como corolario a la doctrina de defensa social, y en este sentido los positivistas argentinos acuerdan que “*sería un progreso para la legislación penal declarar punibles las maneras de ser y las maneras de vivir.*”¹⁰

Para José Ingenieros y Francisco de Veyga, principales criminólogos de principios de siglo XX, el problema principal era el constituido por la simulación como estrategia de integración. Muchos criminales, decían, simulaban alineación para evitar ser penados por la ley, por lo que resultaba de capital importancia basar el juicio sobre las personas en base a su peligrosidad potencial.

Esta teoría debe ser analizada junto con la ebullición política y social que vivía nuestro país: el período 1890-1893 fue altamente inestable. A la gran crisis económica de 1890 y las primeras huelgas de diversos sectores siguió la Revolución del Parque ese mismo año. Fue en este contexto que en 1892 se decidió extender la disciplina de la higiene a todas las capitales y ciudades del país, para “salubrifcar” y controlar al nuevo electorado radicalizado.¹¹ Desde aquí deben leerse también las represivas leyes de Residencia y de Defensa Social, sancionadas en 1902 y 1909 respectivamente, presentadas como medidas de profilaxis social.

En síntesis, los higienistas, criminólogos y sociólogos en la Argentina, al mismo tiempo que se enfrentaron al problema de la extracción de datos de los cuerpos, modernizaron al Estado y al electorado contabilizando, identificando, observando y separan-

9. Ingenieros, José, Prólogo a *La mala vida*, citado por Ruibal, Celina, *Ideología del control social*. Buenos Aires 1880-1920, CEAL, Buenos Aires, 1993, pág.12

10. Paz Anchorena, J.M., “El estado peligroso del delincuente”, citado por Ruibal, Celina, *op. cit.*, pág.11

11. Salessi, Jorge, *Médicos, maleantes y maricas*, Beatriz Viterbo, Rosario, 2000, pág. 23 y ss.

do la sociedad productiva de la escoria, que debía ser individualizada, reportada y hasta deportada en pos de mantener saludable al cuerpo social. Los médicos higienistas reconstruyeron la ciudad, sus usos y espacios. Promovieron, acompañaron y vigilaron a las grandes corrientes de población que proveía la mano de obra nómada y barata posibilitando la integración del país a la economía mundial. Los mismos médicos se hicieron demógrafos y, a principios del siglo XX, como criminólogos, empezaron a realizar la observación e identificación de los movimientos obreros y sus portavoces, representados como criminales o alienados, sospechosos, delincuentes circunstanciales o reincidentes, lo que transformó a los higienistas en funcionarios estatales primero y agentes del sistema policial después.

Desde ese momento, y hasta ahora, mucha agua ha corrido bajo el puente. La estructura panóptica imaginada por los criminalistas para el control social, ha sido reconvertida. El elevado costo económico del modelo disciplinario, y la tendencia neoliberal a la reducción estatal sugieren un proceso de reestructuración y reconfiguración de lo social hacia nuevas formas de construcción político-arquitectónica del orden y el control. Forzado a economizar su propio ejercicio de poder, el Estado actual se orienta hacia una estrategia de desinversión. Esta estrategia no sólo se presentaría como solución a esta situación de *escasez de energía*¹², sino que conjuntamente podría suponer un proceso de transformación / mutación del universo social.

En contraposición al hiper-inclusivo modelo disciplinario de vigilancias y controles minuciosos que extiende una mirada al infinito del espacio social, nos encontramos con nuevas estrategias de configuración del espacio que introducen la demarcación de *zonas vulnerables*, donde los controles se hallarían extremados. En colaboración con esto un *sistema de información general* permite el control de las poblaciones a distancia. A diferencia del manejo de saberes, que a través de las técnicas documentales y del examen construyen, en una meticulosa y obsesiva administración de expedientes, el individuo-caso, este nuevo control de poblaciones no se dirige a cada individuo. Con la nueva velocidad de los sistemas de comunicación e información, los viejos expedientes de literatura pesadilla kafkiana son abandonados por otras formas de vigilancia y control.

Este “nuevo orden interior” planteado por Foucault se encuentra, así, también relacionado con un proceso de relajación de la mirada y los controles, no sólo en cuanto ya no hay una focalización individuo por individuo sino porque también se abre un espacio de *autorregulación espontánea* y de incremento de los *márgenes de tolerancia*. Abandonado a su suerte, y exponiéndose a la ahora posible exclusión, el individuo debe, entonces, responder por sí mismo. A través del accionar de los medios de comunicación, que despliegan una intervención indirecta y disfrazada del poder, se genera un acuerdo tácito de la responsabilidad de los sujetos por sus acciones. Esto entraña un efecto pedagógico que conduce a que los individuos deban convertirse en *expertos en sí mismos*¹³:

12. Foucault, Michel, “Nuevo orden interior y control social”, en Foucault, M., *Saber y Verdad*, Ed. La Piqueta, Madrid, 1991, pág. 165

de su salud, educación, conducta, inserción laboral, etc. El caso de la salud es ilustrativo. Antes basada en la seguridad social, ha dejado de tratarse de la visita anual al médico. Ejercitarse, comer sin sal, sin grasas, dejar el café, el cigarrillo: la salud ahora es responsabilidad de la capacidad constante de autocuidado de los individuos. La enfermedad no es ya una fatalidad del destino que el Estado debe atender, sino la consecuencia de la propia incapacidad de los individuos de autorregular y conducir su salud.

Si en 1892, en los Anales de Higiene Pública y Medicina Legal, se indicaba que *“la salud de un individuo no es asunto que interese solamente al individuo, ni la salubridad de una casa, cuestión que exclusivamente afecta a las personas que la habiten, porque el individuo como la casa pueden convertirse en un foco de irradiación epidémica y constituir una amenaza y un peligro para la salud pública”*¹⁴, a fines del siglo XX, es la reducción neoliberal del Estado y su consiguiente transferencia de responsabilidades al ámbito privado aquello que se ve legitimado: *“(…) Los individuos desfavorecidos han llegado a ser considerados potencial e idealmente como agentes activos de su propia existencia (...) Estos programas neoliberales responden a los que sufren como si ellos fuesen los autores de su propia desgracia”*¹⁵.

A modo de reflexión final, quisiera dejar abiertos algunos puntos de fuga acerca de esta economía de poder planteada a lo largo de esta exposición. Tal vez hoy nos resulten risueñas algunas de las teorías sostenidas por nuestros prohombres constructores de la Nación; sin embargo, no debemos olvidar que tuvieron consecuencias a nivel teórico y práctico, alcanzando hasta nuestros días. La circulación de estas ideas han marcado, por ejemplo, la noción de peligrosidad de una aplicación individual a la demarcación de poblaciones que se fijan espacialmente y constituyen las “zonas peligrosas”, a las que en la actualidad hacen referencia tanto los discursos científicos e intelectuales como los de sentido común, atravesando las instituciones de la sociedad y generando diferentes prácticas entre las que se destacan las altamente represivas del Estado y las “concientizadoras” declaraciones de los medios de comunicación. Se intenta fijar estas poblaciones a un espacio recortado, aislado, al que se le da un status de enfermedad, un status patológico y es considerado, en consecuencia, como “zona peligrosa”, encontrando previamente signos que den cuenta de la posible “enfermedad” para prevenir del peligro y el desorden. Este problema del peligro social al interior del orden habilita un “discurso del miedo” que recorre por entero la sociedad y atraviesa sus instituciones hasta la actualidad.

Nos encontramos ante un reforzamiento de la exclusión y, junto con ello, una expansión de sus fronteras, que por momentos se quiebran, se esfuman, se confunden y la sociedad “incluida” se escandaliza haciendo alarde de una “ola de inseguridad” que

13. Un concepto interesante que tomé prestado de Nikolas Rose.

14. “Higiene Administrativa”, en *Anales de Higiene Pública y Medicina Legal*, citado por Salessi, Jorge, *Médicos maleantes y maricas*, Beatriz Viterbo, Rosario, 2000, pág.30

15. Rose, Nikolas, “El gobierno en las democracias liberales ‘avanzadas’: del liberalismo al neoliberalismo”, en *Archipiélago*, N°29, 1997, pág. 39

no puede contener y a la que el Estado responde con pura violencia. Habrá que comenzar a analizar en qué medida las técnicas de control están resultando eficaces para los propósitos del neoliberalismo, a la vez que se ven acrecentados nuevos focos de peligrosidad, pero ahora surgidos desde el "adentro", desde el espacio de inclusión.

Bibliografía

- Bergali Roberto** et al., *El pensamiento criminológico*, Siglo XXI, Barcelona, 1997
- Ferri, Enrico**, *Sociología Criminal*, Centro Editorial Congris, Madrid, 1908
- Foucault, Michel**, *La arqueología del saber*, Siglo XXI, México, 1996
- Foucault, Michel**, *Saber y Verdad*, Ed. La Piqueta, Madrid, 1991
- Foucault, Michel**, *Vigilar y castigar*, Siglo XXI, México, 1989
- Gorelik, Adrian**, *Miradas sobre Buenos Aires*, Siglo XXI, Buenos Aires, 2004
- Hobsbawm, Eric**, *Bandidos*, Ariel, Barcelona, 1976
- Ingenieros, José**, *Ensayos escogidos*, CEAL, Buenos Aires, 1992
- Ingenieros, José**, *La evolución sociológica argentina*, Librería Menéndez, Buenos Aires, 1910
- Lombroso, César**, *El delito: sus causas y remedios*, Victoriano Suárez, Madrid, 1902
- Montserratt, Marcelo**, *Ciencia, historia y sociedad en la Argentina del siglo XIX*, CEAL, Buenos Aires, 1993
- Pavarini, Massimo**, *Control y dominación*, Siglo XXI, México, 1999
- Ramos Mejía, José María**, *Las Multitudes Argentinas*, Tor, Buenos Aires, 1956
- Romero, José Luis**, *Las ideas en la Argentina del siglo XX*, Biblioteca Actual, Buenos Aires, 1987
- Rose, Nikolas**, "El gobierno en las democracias liberales 'avanzadas': del liberalismo al neoliberalismo", en *Archipiélago*, N°29, 1997
- Ruibal, Beatriz**, *Ideología del control social. Buenos Aires 1880-1920*, CEAL, Buenos Aires, 1993
- Salessi, Jorge**, *Médicos maleantes y maricas*, Beatriz Viterbo, Rosario, 2000
- Svampa, Maristella**, *El dilema argentino: civilización o barbarie*. Taurus, Buenos Aires, 2006

Conferencia

*Los museos hospitalarios y la valoración social
del patrimonio cultural hospitalario*

Prof. Arq. Gustavo A. Brandariz ⁽¹⁾

Debo agradecer, en primer término, a la Licenciada Celia Sipes -Coordinadora General del 2º Encuentro de Patrimonio Cultural Hospitalario- la generosidad con que me confiara la oportunidad de pronunciar esta conferencia, y a los doctores Abel Agüero -Director del Departamento de Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires- y Rodio Raíces -fundador del Museo Histórico Hospital Bernardino Rivadavia-, por haber contribuido de manera tan importante para que este Encuentro se lleve a cabo de un modo tan exitoso.

También quiero destacar la importancia de la contribución de la Comisión para la Preservación del Patrimonio Histórico Cultural de la Ciudad de Buenos Aires, en su carácter de co-organizadora del Encuentro y quiero recordar, en forma expresa, al inolvidable Prof. Dr. Alfredo G. Kohn Loncarica, anterior Director del Departamento de Humanidades Médicas, que hace ya una cantidad de años me impulsara a investigar sobre historia de la ciencia y de la medicina para entender mejor sus nexos con la historia de la arquitectura y con la historia de la museología.

1. Investigador Asociado del Instituto de Historia de la Medicina (Facultad de Medicina UBA Universidad de Buenos Aires)
Profesor Adjunto a cargo de la Cátedra Ex-Bellucci de Historia de la Arquitectura en la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo de la UBA. Profesor en la Carrera de Posgrado de Preservación del Patrimonio (FADU-UBA)
Investigador del Centro para la Conservación del Patrimonio (FADU-UBA)
Durante 25 años ha sido Profesor Titular de Museología y Museografía en carrera universitaria de grado. Coordinador Museográfico de los museos del Departamento de Humanidades Médicas (Facultad de Medicina UBA). branda@fadu.uba.ar

Mi tema de esta tarde es el de “Los museos hospitalarios y la valoración social del patrimonio cultural hospitalario”, y tras anunciarlo, confieso que aspiro a presentarles evidencias de que, a lo largo de más de dos milenios, médicos y museos han atravesado los tiempos influidos por las ideas filosóficas, científicas y sociales de cada época, para llegar a este siglo XXI con muchos asuntos en común. Más allá de ello, aspiro, también, a señalar la importancia que tienen los museos, especialmente los de medicina y más especialmente aún los museos hospitalarios en nuestro tiempo, cuando es tan vertiginoso el avance tecnológico que pareciera que vivimos en un presente sin pasado, en una realidad no histórica sino prometeica, nacida de la nada y por lo tanto sin experiencia previa.

Medicina y Museo en la antigua Grecia: del mito a la razón

No es casual que en asuntos como éste, debamos ineludiblemente mirar en dirección a la antigua Grecia. Allí, nuestra primera referencia médica, será a la figura mitológica de Asclepio.

En la mitología griega Asclepio, hijo de Apolo (Esculapio para los romanos), con sus serpientes enrolladas en el bastón, era el dios de la curación, de la Medicina, y ese poder de curar, que contrariaba a la fatalidad, también causó la furia de Zeus, tan celoso guardián de su omnipotencia. Típico mito griego: moraleja revestida de fantasía. Desde tan temprano conocen los médicos el riesgo de que su arte y su ciencia, contrariando a la enfermedad y al destino, les traiga problemas y enemigos. Aquella historia no es sino una metáfora de la eterna lucha entre el saber y la ignorancia, entre la ciencia y el poder. En el mito de Asclepio ya está implícito el personaje de Albert Camus, el Dr. Bernard Rieux, que hacia el final de *La Peste* declina el halago y se ve a sí mismo sin otro mérito que el de ser médico: porque simplemente cree haber hecho lo que harían “todos los hombres que, no pudiendo ser santos, se niegan a admitir las plagas y se esfuerzan, no obstante, en ser médicos”.

Según Homero, los hijos de Asclepio participaron en la Guerra de Troya, pasando su familia, como el pensamiento griego, del mito a la historia, a la razón: Asclepio tenía sus varios santuarios, el más importante de los cuales era el Asclepeion de Epidauro, en el Peloponeso, que llegó a ser el centro terapéutico más grande de la Antigüedad y en donde surgió una importante escuela de medicina.

Hipócrates

Se ha dicho que Hipócrates recibió su formación médica en el Asclepeion de la isla de Cos. La mayor parte de los historiadores suponen que Hipócrates realmente existió, aunque se sospecha, con buenos fundamentos, que el *Corpus Hipocraticus* es un conjunto de obras de múltiples autores. Sea como fuere, Hipócrates es la figura máxima representativa de la medicina griega y a él se atribuye el mérito de haber dado a la medicina un carácter científico, independiente de todo culto religioso.

Además, Hipócrates es la figura prócer de la ética médica y el Juramento Hipocrático no ha perdido vigencia. En él, la Medicina no es sólo un saber causante de una profesión: es también una misión altruista.

Las musas

Echemos ahora otra mirada hacia la antigua Grecia. En la mitología griega, las Musas eran unas diosas inspiradoras, creencia que, como todas, se fue formando de a poco hasta tomar la forma canónica con la que han perdurado. Entre las múltiples tradiciones legendarias, la más frecuente nos cuenta que eran hijas de Zeus y de Mnemósine, diosa de la memoria, y que nacieron en Tracia, al pie del Olimpo.

Originalmente el número de Musas fue tres, pero el definitivo fue nueve. Con el tiempo, cada una de ellas quedó asociada a una de las manifestaciones del espíritu: Erato al amor, Polymnia a la poesía, Calíope al canto, Euterpe a la música, Terpsícore a la danza, Melpómene a la tragedia, Talía a la comedia, Clío a la historia, y Urania a la astronomía. Diosas del sentimiento, de la historia, del arte y del pensamiento, del conocimiento y de la expresión, su templo era el Museo. Sabemos que cuando Pitágoras se estableció en Crotona, su primer consejo fue el de construir un altar a las Musas en el centro de la ciudad, para que impulsaran la armonía y el conocimiento. Incluso la Biblioteca de Alejandría se formó alrededor de un *museion*. Tal fue el origen de nuestra palabra y 2500 años después el Museo sigue sintiendo la vocación de ser musa inspiradora.

Aunque el origen histórico de nuestra moderna institución no derive de aquel símbolo mítico, sino de otras realidades menos poéticas pero no menos griegas que aquella de las Musas.

Tesoro de los Atenienses en Delfos

En santuarios tan antiguos como en de Delfos, alrededor del Templo de Apolo - en cuyo interior se hallaba el célebre Oráculo-, existían una serie de otros pequeños edificios de forma templaria a los que se conoce bajo el ambiguo nombre de “Tesoros”. En general, eran ofrendas de otras ciudades y allí se conservaban los exvotos que llegaban de ellas.

Según Pausanias, el llamado “Tesoro de los Atenienses” fue ofrecido por Atenas a la ciudad de Delfos y se costeó con la décima parte del botín conseguido en la Batalla de Maratón, en el año 490 a.C. Autores más modernos cuestionan el dato.

Sea como fuere, estos pequeños y artísticos templetos tenían una de las funciones que hoy no dudaríamos en considerar museológicas: conservar una colección.

Y así, sin dudas, podemos decir que en Grecia, al tiempo mitológico de Asclepio y de las Musas, le sucedió la época del Asclepeion y del Tesoro.

Hospitales y Museos en la Edad Media

Casi nada de lo que hoy llamamos hospitales y museos existía en la Edad Media. Pero al igual que en la Antigua Grecia, hay en la Edad Media unos antecedentes que es oportuno señalar.

La historia del hospital es paralela a la del deslinde de la medicina y su alejamiento de la magia, la superstición y la brujería. Las palabras hospital, hospedería, hospicio y hospitalidad tienen una raíz común en la idea de hospedaje y no de curación. Durante siglos, el hospital fue un espacio físico más que una institución y en ese albergue se alojaban por igual y mezclados indigentes, enfermos, locos, desvalidos o simplemente extranjeros. El médico era casi ajeno al hospital.

Con la medicina hipocrática y su búsqueda de racionalidad en el Asclepeion podía empezar a distanciarse la religión. La evolución de Hipócrates a Galeno marca esa dirección, pero fue con el advenimiento del cristianismo que la noción de caridad modificó muchos enfoques greco-romanos, y dio lugar al surgimiento de lazaretos y nosocomios de inspiración ético-religiosa y asistencial. La Edad Media, en gran medida, vio a la enfermedad como una señal divina más que como un proceso biológico, pero esa inclinación fue decisiva para que el hospital fuera reconsiderado y sacralizado como una especie de “casa de Dios”, un “Hôtel-Dieu”.

Viejas abadías benedictinas se convirtieron en hospitales, con enfermerías separadas, escuelas, refectorios, jardines botánicos y huertas con plantas medicinales e incluso algunas primitivas instalaciones de desagüe que revelaban cierta comprensión de las necesidades de la atención de la salud.

Y una evolución similar se experimentó en el antiguo coleccionismo, cuando al Tesoro griego le sucede el coleccionismo romano y luego el cristiano, ya no acumulando exvotos paganos sino esculturas clásicas y más tarde elementos litúrgicos, reliquias de santos y de mártires y obras de arte sacro.

En Roma, fueron coleccionistas destacados César, Cicerón y Virgilio. En su Villa de Tívoli, Adriano poseía una importante colección de estatuas dispuestas en sus jardines como una verdadera exhibición. Para el cristianismo primitivo, era esa una expresión pagana. Tal pasión por los objetos artísticos era impensable para los devotos a la nueva fe, de la cual nacería el piadoso concepto de “reliquia”. De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española, reliquia es, en su segunda acepción, toda “parte del cuerpo de un santo, o lo que por haberle tocado es digno de veneración”, es decir, de sumo respeto y de culto, de homenaje devoto relacionado con la idea de “la comunión de los santos” en cuanto “comunión en las cosas santas”. Y cosas tan santas, perfectas, puras y extraordinarias no podrían ser guardadas en cualquier lugar sino en “relicarios” ubicados en “santuarios”, es decir en unos lugares sagrados, consagrados, dedicados especialmente para su veneración. Después del primer milenio, los relicarios fue-

ron teniendo una ubicación cada vez más precisa dentro de los templos cristianos y para la conservación de las reliquias empezaron a confeccionarse unos estuches o cofres cada vez más artísticos y lujosos, que la gente empezó a identificar con la propia palabra “relicario”, identificando al contenedor con el contenido.

Y estos cofres valiosos y ricamente ornamentados, sumados a múltiples ofrendas, exvotos, tejidos y obras de orfebrería litúrgica y muchos otros objetos, en conjunto, fueron albergados y conservados dentro de los templos como nuevos “tesoros”, ya no contabilizable por su valor de cambio sino por su valor religioso.

Así, a lo largo de la Edad Media se fueron formando colecciones inspiradas por la devoción y por el culto, y en los primeros siglos del segundo milenio numerosos templos destinaron espacios especiales para conservar y exhibir restringidamente “Tesoros”, como el de la Sainte Chapelle de París o el de Catedral de Girona, España, por sólo nombrar dos ejemplos muy destacables.

El Hospital llega a América

En 1985, los doctores Washington Buño y Rosa Buceta de Buño, médicos e historiadores de la medicina uruguayos, publicaron un interesante libro titulado “Aspectos médicos e higiénicos del “Viaje de Turquía” (1557)” (Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1985). El “Viaje de Turquía” es un relato anónimo del siglo XVI. Narra un viaje involuntario a Constantinopla, hecho a mediados de siglo, por un tal Pedro de Urdemalas, “un culto caballero vallisoletano prisionero de los turcos que lo forzaron a remar en sus galeras; que permaneció cautivo por tres años en aquella ciudad, alcanzó a ocupar importantes cargos hasta llegar a ser médico de la Sultana, logrando luego la libertad en inverosímil evasión”. Apenas esclavizado como galeote, ya había ensayado fingir ser médico para aliviar su condición, y empleando su saber general y unos trucos capaces de superar la ignorancia de los demás, logra asimilar sus recomendaciones a las que cualquier médico verdadero de la época hubiera indicado en similar circunstancia, siendo tal la falta de certezas científicas todavía en aquella época. Urdemalas, así infiltrado en el ambiente oriental, van pintado el cuadro de la medicina de su tiempo e incluso de aquello que por entonces era, en realidad un hospital. De la mano de don Pedro, podemos darnos una idea de aquel mundo en que las buenas intenciones todavía no habían podido sacar a la medicina de la intuición y lanzarla hacia la sistematización científica. Nada había en aquellos hospitales, de los cuales quedan pocos como el de Divrigi, en Anatolia, construido como parte anexa a la Gran Mezquita. “Ningún enfermo acudiría, en el siglo XVI –escriben los doctores Buño-, a un hospital para buscar alivio a sus males”. Los hospitales eran otra cosa: asilos religiosos, obras de caridad, pero sin medicina.

Turquía era un confin. Para los europeos del siglo XVI, lo turco era extraño. Cuando llegó el maíz americano, los italianos lo llamaron “grano turco”. Y si en el

Imperio Turco había hospitales como aquellos, ¿cómo no construir hospitales semejantes en América?. Para sorpresa de muchos, el primer edificio de piedra que los europeos levantaron en América no fue un templo, sino un hospital: el Hospital de San Nicolás de Bari, en Santo Domingo, hoy en ruinas pero conservado como monumento histórico. No debe haber sido muy distinta la forma de atender a los huéspedes en el hospital americano, con respecto a lo que Pedro de Urdemalas vio en el cercano Oriente. Pero éste, nuestro edificio de piedra, tiene la virtud de proclamar, pese a la falta de ciencia, una virtud caritativa presente desde este momento en la historia social de la medicina americana.

Hospitales y Museos en el Renacimiento: nuevos espacios

El Hospital de Santo Domingo, sin embargo, a pesar de su contexto médico, era un edificio moderno para su tiempo: Su planta era de una forma geométrica precisa, ya no era una construcción sin plan, como tantos hospitales de la Edad Media.

El Renacimiento tuvo una nueva y distinta aproximación al tema de la arquitectura hospitalaria como consecuencia lógica de una nueva visión antropológica propia del humanismo. No es casual que la primera obra estricta y puramente renacentista del primer arquitecto puramente renacentista, Filippo Brunelleschi, haya sido el Hospital de los Inocentes de Florencia. El edificio es un monumento de singular belleza y de gran valor documental y es una obra exquisita de un diseñador muy relevante. Y en otra obra, menor, el Hospital de Santa Maria Nuova de Florencia, queda definido con toda claridad el prototipo de hospital moderno al modo renacentista, con planta en forma de crucero. Este esquema, con altar central y cuatro patios completando un cuadrado entre los brazos de la cruz griega, se convirtió por cuatro siglos en el modelo clásico de hospital. Es en estos nuevos hospitales donde, poco a poco, la medicina se aleja también de la intuición y se acerca mejor y cada vez más a la ciencia. Son hospitales diseñados como hospitales, que reflejan una nueva idea acerca de la salud.

Algo similar sucede en el Renacimiento con los edificios y espacios precursores de nuestros actuales museos. En 1503 sube al Trono Papal Julio II, durante cuyo papado se registra el origen más temprano de los futuros Museos Vaticanos (“Musei e Gallerie Pontificie”) a partir de una pequeña colección privada de esculturas perteneciente al Papa que es situada en el llamado “Patio de las Estatuas del Belvedere” hoy llamado “Patio Octágono”. Entre otras obras de arte, se instala una estatua de Apolo. En 1515 Francisco I es coronado rey de Francia. En la época en que se iniciaba la consolidación del Estado absolutista francés, Francisco I fue un rey mecenas. Poco interesado en las controversias religiosas, le apasionaban las cuestiones culturales. Impulsó la construcción y remodelación de castillos en el Valle del Loire, que decoró y alhajó con empeño. En 1547 Francisco I resuelve la demolición completa del viejo palacio del Louvre y su reemplazo por un nuevo edificio renacentista francés, en donde lucirán sus colecciones y que actualmente es uno de los mayores museos del mundo.

En 1559 Cosme I de Medicis, Duque de Florencia, encarga a Giorgio Vasari la construcción del “Palazzo degli Uffizi” en Florencia, sede de las principales oficinas administrativas del Estado. En 1574 el arquitecto Buontalenti convierte el ala este de Gli Uffizi en una galería para obras de arte. Tratándose esta “galería” de un pasillo de uso frecuente del edificio, empezaron a identificarse los conceptos de “museo” y “galería”. De Italia, la palabra pasó a Francia. La Galleria degli Uffizi tiene un largo de 145 metros.

De 1569 data el Antiquarium de la Residenz de los duques de Baviera, en Munich. En 1572 Sube al Trono Papal Gregorio XIII, quien hace decorar en los actuales Museos Vaticanos la “Galería de las Cartas Geográficas”, de 120 metros de largo. Entre 1583 y 1590 Vespasiano Gonzaga construye en Sabbioneta, Italia, una galería para estatuas –la Galleria degli Antichi- de 96 metros de longitud, en donde se reunían unas 2500 obras.

Mientras la colecciones empezaban a alojarse en los primeros espacios construidos específicamente para ese fin, todavía la palabra museo carece de nuestro significado actual. En 1546 se publica en Basilea un volumen de grabados en madera titulado *Musaei Joviani Descriptio* consistente en una serie de retratos de hombres famosos. El título identifica, por lo tanto, el concepto de museo con el de colección.

El coleccionismo y América

En 1519 Hernán Cortés conquista México. Pertenecía a una familia hidalga y había estudiado brevemente en la Universidad de Salamanca. En 1504 pasó a América, estableciéndose como escribano y terrateniente en Santo Domingo. En 1518 el gobernador Diego Velázquez, le confió el mando de una expedición a Yucatán. Fundó Veracruz, la primera ciudad europea en América continental y allí tuvo noticias de la existencia del imperio Azteca y de sus posibles riquezas, motivo por el que planeó su invasión y conquista. En 1519, al llegar a la capital azteca, Tenochtitlán, y luego de reunirse con Moctezuma, Cortés y sus allegados fueron hospedados en el palacio del padre de Moctezuma, Axayácatl, en donde confirmaron sus sospechas al descubrir en el palacio un enorme tesoro cuyo hallazgo despertó la codiciosa ambición de apoderarse de esas riquezas y del Imperio. La existencia de este tesoro, también, permite considerar a Axayácatl y a Moctezuma como verdaderos coleccionistas previos a la llegada de los europeos.

El “tesoro” que, según los conquistadores, Moctezuma envió al rey de España como obsequio –donativo de cuya espontaneidad nos permitimos dudar seriamente- y que fue exhibido en Amberes, fue valuado en 100.000 florines, cifra considerable si la comparamos con los 514.000 florines que fueron reunidos pocos años antes, con la ayuda de los Fugger, para que Carlos V fuera Emperador... Alberto Durero, que vio la exhibición, dejó escrito su testimonio: “En mi vida he visto nada que haya regocijado tanto mi corazón como estas cosas. Me ha asombrado el genio sutil de los hombres de

los países extraños”. América ya no sería sólo la isla de Utopía, sino la proveedora de tesoros contantes y sonantes, que irían a enriquecer un nuevo coleccionismo europeo y también colonial americano.

La época de los Gabinetes

En 1617 los pintores flamencos Jan Brueghel de Velours y Peter P. Rubens pintaron una serie de cuadros titulada “Los cinco sentidos”, entre los cuales uno lleva el título de “El sentido de la vista”. Cada uno de los cuadros señala, por medio de representaciones indicativas, las aptitudes perceptivas de uno de los sentidos. En el caso de la vista, la escena muestra obras de arte pictórico y escultórico y objetos propios de una colección. La forma en que se muestra cada cosa y las características de cada una de ellas, muestran acabadamente lo que eran, por entonces, los espacios del coleccionismo: una acumulación abigarrada y sin orden visual geométrico de objetos valiosos pero sin clasificación conceptual.

Algo similar nos muestra en 1651 el cuadro de David Teniers el Joven, titulado “La visita del Archiduque Leopoldo Guillermo a su gabinete de pinturas”, del cual hizo varias versiones con ambientaciones creadas por su imaginación pero representativas de aquellos gabinetes en donde miembros de la realeza y nobles sensibles al arte, acumulaban obras, “tapizando” con ellas las paredes, sin pretensiones científicas o didácticas.

Los “Gabinetes” solían ser así, y mucho más cuando se trataba de “Gabinetes de Curiosidades”, que reunían objetos raros caprichosamente sin otra pretensión que el afán coleccionista. Estos “Gabinetes de curiosidades” eran unos muebles o lugares típicos de ciertas residencias de los siglos XVI y XVII en donde unos coleccionistas aficionados reunían una cantidad de objetos raros, extraños o llamativos. En general, estos objetos provenían del trabajo artesanal exótico (“artificialia”, muchas veces de origen mágico) o de uno de los “tres reinos”: animal, vegetal o mineral (“naturalia”). En gran medida este coleccionismo no científico es una consecuencia del espíritu explorador y descubridor del Renacimiento y de la multiplicación de los más insólitos “souvenirs”, en donde el objeto es soporte de la fantasía que envolvía a las tierras lejanas.

El coleccionismo científico

El inicio del coleccionismo científico debe poco a aquel afán de los coleccionistas de “curiosidades”. En 1660 es fundada la Royal Society de Londres, entidad que, a partir de mediados del siglo XIX constituye la academia de ciencias del Reino Unido. La institución tiene su origen en un grupo de “filósofos naturales” que comenzó a reunirse a mediados de la década de 1640 para discutir las ideas de Francis Bacon. La fundación oficial se concreta el 28 de noviembre de 1660 en el Gresham College, al término de una conferencia del astrónomo y arquitecto Christopher Wren (1632-1723), a la

sazón profesor de astronomía de ese College. La nueva entidad asume como propósito la promoción del conocimiento experimental físico-matemático. El grupo inicial de doce personas incluye a Wren, Robert Boyle (1627-1691), John Wilkins (1614-1672), Sir Robert Moray (1609-1673), y a William, Vizconde Brouncker (ca.1620-1684). Su primer “Curator of Experiments” fue Robert Hooke (1635-1703). Su biblioteca empieza a formarse en 1661 y al mismo tiempo empieza a organizarse su repositorio o “museo” integrado por colecciones de interés científico. A partir de 1847 la Royal Society dejará de ser simplemente una entidad de promotores de la ciencia para convertirse en una reunión de científicos acreditados.

A las colecciones iniciales se suman otras: en aquel mismo año 1660, el comerciante holandés, Anton Van Leeuwenhoek (1632-1723), utilizando microscopios simples de fabricación propia describió por primera vez protozoos, bacterias, espermatozoides y glóbulos rojos. Leeuwenhoek era dueño de una tienda de paños, y entró en contacto con las lentes debido a su negocio, ya que utilizaba lupas para examinar cuidadosamente sus telas. Microscopista sin ninguna preparación científica, puede considerárselo como el fundador de la bacteriología. Tallaba él mismo sus lupas sobre pequeñas esferas de cristal, cuyos diámetros no alcanzaban el milímetro (su campo de visión era muy limitado, de décimas de milímetro). Con estas pequeñas distancias focales alcanzaba los 275 aumentos. Observó los glóbulos de la sangre, bacterias y protozoos; examinó por primera vez los glóbulos rojos y descubrió que el semen contiene espermatozoides. Durante su vida no reveló sus métodos secretos pero a su muerte, en 1723, legó 26 de sus aparatos a la Royal Society de Londres que lo había incorporado como miembro pese a ser un autodidacta.

La evolución posterior de la Royal Society siguió incrementando sus colecciones a la par de su prestigio científico. En 1687 Sir Hans Sloane, cuyo legado dará origen al British Museum, inicia su carrera como coleccionista cuando acompaña como médico personal al estadista inglés Christopher Monck, 2nd Duke of Albemarle (1653-1688), nuevo gobernador de Jamaica. Allí estudia su fauna y flora, que le resultan atractivas por “exóticas” y reúne ejemplares de unas 800 especies que luego llevará a Londres. En 1727 Sloane sucederá a Sir Isaac Newton como presidente de la Royal Society.

En 1746 Cardiel y Falkner realizan una expedición científica al sur de la Provincia de Buenos Aires. Thomas Falkner (1702-1784), inglés, era médico y etnólogo. En la Argentina se incorporará a la Compañía de Jesús y será misionero jesuita. La Royal Society de Londres lo había comisionado para que explorara las propiedades medicinales de las plantas americanas.

El primer museo, el Ashmolean de Oxford

En el año 1650, Elias Ashmole adquiere gran parte de la colección del rey Carlos I de Inglaterra (1600-1649), ofrecida en venta pública. A ese primer conjunto, sumará

muchos otros objetos para ampliar su colección. Arqueólogo y anticuario, Elias Ashmole (1617–1692), fue un importante intelectual, con estudios exhaustivos sobre temas de su especialidad. En 1672 publicó “The Institution, Laws and Ceremonies of the Order of the Garter” y “The Antiquities of Berkshire”, en 3 volúmenes. En el año 1677, Asmole dona sus colecciones a la Universidad de Oxford para la creación de un museo. Ashmole, científico, ha formado una gran colección con criterio científico, y ahora, como tributo a su universidad, lega su material, no para que la conserve como en un gabinete sino para que constituya una nueva institución: un museo.

Consecuentemente, en 1683, sobre la base de la donación de Ashmole, la Universidad de Oxford crea el Ashmolean Museum, el primer museo tal como hoy consideramos a estas instituciones, con una organización moderna aunque cerrado al público general y sólo abierto a profesores e investigadores. Para el Ashmolean, la Universidad encarga al notable arquitecto Christopher Wren el diseño de un edificio apropiado, que se construye entre 1678 y 1683 y aún existe.

Los museos públicos

Para llegar al nacimiento del museo público, viene bien seguir la trayectoria del Louvre.

En sus orígenes, el Louvre fue una fortaleza medieval, construida hacia 1200 en tiempos de Felipe Augusto. Posteriormente, Carlos V de Francia la amplía y transforma en residencia real. Sus sucesores, en cambio, no la habitan. En 1527 el rey Francisco I, liberado de su cautiverio en Madrid, se instala en el Louvre y dispone despojarlo de sus rasgos militares. Veinte años después, Francisco I resuelve la demolición completa del viejo palacio y su reemplazo por un nuevo edificio renacentista francés diseñado por el arquitecto Pierre Lescot. Francisco I no sólo fue un rey humanista y sensible hacia la arquitectura: también un entusiasta coleccionista, en especial de cuadros de artistas italianos y de antigüedades, cuya investigación promovió. Ya en el nuevo Louvre, el rey Enrique IV crea, en la Gran Galería de la planta baja una “salle des antiques”, no accesible para el público. En 1671 se agrega el “Cabinet des dessins du roi”, otro ámbito privado de la Corona. En 1680 el rey y la Corte de Francia dejan el Palacio del Louvre y se trasladan a Versailles, pero las colecciones quedan en gran medida en el palacio, que poco a poco cambia de uso: en 1699 se realiza allí la primera exposición de la Académie de Peinture et de Sculpture. Le siguen otras y, a partir de 1725, esta manifestación se desarrolla en el Salon Carré, cerca de la sede de la Académie y la exposición tomará el nombre de “Salón”, que constituye uno de los orígenes de los “salones de arte”, que combinan exhibición y venta. Los salones tendrán un papel decisivo en el desarrollo de los “catálogos” y en la formación de dos profesiones: la del “crítico de arte” y la del “marchand”. Tendrán, por lo mismo, una importancia fundamental en el cambio del sistema general de producción de obras de arte, desde el mecenazgo hacia el mercado, perdiendo importancia el encargo y el comitente frente al público, que se torna anónimo, pero influido por intermediarios.

Al quedar vacío el Palacio del Louvre, se lanza por primera vez la idea de convertir al edificio en un “palacio de las musas o “Muséum”, donde pudieran verse las colecciones reales. En 1776 Luis XVI encarga al Conde d’Angivillier la creación de un museo abierto al público en el Louvre, pero la idea no se concreta hasta 1790 cuando, durante la Revolución Francesa, el 10 de agosto se realiza la inauguración -parcial y provisional- de la institución que en 1793 pasará a llamarse “Museum Central des Arts” de París, futuro Museo del Louvre. Además de las colecciones reales, el museo muestra las de la Academia y bienes y obras incautadas a la Iglesia y a emigrados. Constituye, junto con el Ashmolean Museum (1683), el Museo de Dresde (1744) y el Museo del Vaticano (1784), uno de los primeros museos europeos y es el primero de los grandes museos públicos de la historia.

El surgimiento de la museología y la catalogación

Como suele suceder con las disciplinas científicas y técnicas, la museología tiene una historia y también una serie de antecedentes previos. Dentro de esa evolución, una fecha significativa es la de 1727. A comienzos del siglo XVIII, el coleccionismo era una actividad tan corriente que se redactan tratados para guía de sus “amateurs”. El más antiguo – titulado “Museografía”- data de 1727 y es obra del marchand alemán Caspar Friedrich Neickel (anagrama de Einckel). Está redactado en latín, lo que aseguraba la difusión internacional y fue publicado en Hamburgo. Su título completo es *Museographia oder Anleitung zum Rechten Begriff und Nüsslicher Anlegung der Museorum oder Rarittitenkammer*, que, traducido, significa “Museografía u orientación para el adecuado concepto y conveniente colocación de los museos o cámaras de curiosidades”. Es el primer tratado conocido sobre la materia, y fue escrito e ilustrado en el ambiente intelectual iluminista. Neickel no se refiere a un caso específico sino a los conceptos generales, y su libro está destinado a amateurs a quienes dirige consejos para la elección de los espacios más aptos para alojar los objetos de sus colecciones. Tales colecciones corresponden a la antigua y típica idea formadora de los gabinetes de curiosidades y no a la más moderna de gabinete de arte, aunque es cierto que ambos se cultivarán a lo largo del siglo. Pese a ello, la importancia del texto es significativa porque aparecen en él, por primera vez ideas teóricas acerca de la colección, su investigación y su montaje.

La clasificación museológica

Es la actualidad la museología posee sólidas bases científicas, que fueron construyéndose a lo largo de los últimos tres siglos pero que se manifiestan hoy no sólo por una práctica elocuente sino también por medio de estudios e investigaciones universitarias y una cantidad importante de libros eruditos y tesis doctorales.

Uno de los aportes sustanciales a la formación de un cuerpo teórico racional de la museología deriva de las innovaciones introducidas por Carlos Linneo (1707-1778)

en los métodos de clasificación de las ciencias naturales. Naturalista y médico sueco, publica en 1735 “*Systema Naturae*”, en donde ya está presente su sistema de clasificación binaria del mundo natural. Ordenando las “clases”, en la 10ª edición ubicó al hombre a la cabeza de los mamíferos y lo denominó “*Homo Sapiens*”, nombre científico que perdura.

La importancia de la obra científica de Linneo es muy grande, especialmente en los aspectos operativos de la investigación científica, ya que proveyó de herramientas que conformaron un lenguaje y un método de utilidad universal y permanente.

Su método, taxonómico, tuvo la virtud de facilitar enormemente la aproximación hacia la ciencia, aunque hoy, desde nuestra perspectiva de la complejidad, encontremos en él la limitación de que, para diferenciar las especies, establecía una preferencia quizás arbitraria de determinados factores sobre otros, organizando la clasificación sobre una estructura “árbol” y descartando el entrecruzamiento de rasgos, algo no reprochable a Linneo porque recién a fines del siglo XX será posible saltar aquel esquematismo aplicando estructuras matriciales e hipertextuales. Mientras tanto, el sistema de Linneo fue un formidable método organizativo racional, especialmente importante para el Iluminismo y el Positivismo.

La didáctica museológica

Otro de los grandes aportes a la museología proviene del enciclopedismo. Enorme compendio de conocimientos científicos, artísticos y técnicos, la *Encyclopédie, ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers* (Enciclopedia, o diccionario razonado de las ciencias, artes y oficios) dirigida por Denis Diderot y Jean D’Alembert, se presentaba como un libro de utilidad práctica, pero además, el carácter, la importancia y la envergadura intelectual de sus directores y colaboradores la convirtieron no sólo en una obra magna sino también en una poderosa interpretación del hombre, del mundo y del universo de la cultura.

La simple necesidad de establecer un índice razonado llevó a definir realmente una estructura conceptual para organizar el conocimiento humano: la Enciclopedia lo hizo vertebrando tres ramas principales: memoria, razón e imaginación. Además, la Enciclopedia elevó a la jerarquía de conocimientos dignos del libro a muchos de los saberes tradicionales y anteriormente subestimados por la alta cultura. Y para poder comunicar tantas informaciones e ideas, los enciclopedistas elaboraron una didáctica científico-técnica que, inevitablemente se convirtió en el mejor modelo para la divulgación científica y fue adoptada fácilmente por los nacientes museos públicos.

En 1765, en el tomo IX de la Enciclopedia, Diderot publica un programa museológico para abrir al público el Louvre, haciéndose eco de una idea manifestada en 1749 por Lafont de Saint Yenne. Con La Enciclopedia, la museología también da un paso más.

La exhibición museológica

Se debe a Christian Von Mechel, reorganizador del Kunsthistorisches Museum de Viena -instalado en el Belvedere Superior- la introducción de un orden racional, cronológico, en la presentación museológica.

En 1781 Christian von Mechel (1757-1817), artista e historiador del arte, es encargado de renovar el montaje de la Galería Imperial de Arte del Emperador austriaco José II. Es una completa novedad el hecho de que se contrate a un experto para que realice la instalación de una galería sobre la base de principios científicos. El nuevo montaje, expresión iluminista, sigue un orden racional, histórico, basado en maestros y escuelas artísticas. Continuando la política educativa de María Teresa, la Galería es abierta al público por decreto imperial en este año 1781. En 1783 será publicado su primer catálogo y en 1784 se editará su traducción al francés para atraer a un público internacional. Por estos motivos, se considera a Mechel uno de los grandes innovadores en la historia de la museología por haber introducido el orden lógico en las presentaciones.

La teoría de las dos zonas

En 1816, Luis I de Baviera, encarga al arquitecto Leo von Klenze el diseño de la Gliptoteca de Munich, que se inaugura en 1834. La iniciativa reconoce el influjo de un gran pensador, escritor, propulsor de la cultura y amante de la ciencia: Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832). Hombre de intereses múltiples y de notable influjo intelectual, Goethe tenía un claro interés por los museos y por la museología. En 1821 en un artículo del “Kunst und Altertum” (Arte y antigüedad), Goethe expone sus innovadoras ideas museológicas, proponiendo una partición de los recorridos en dos zonas: una para el gran público y la otra para especialistas. En 1853 John Ruskin, en el diario *The Times* de Londres, actualizará la idea museológica de Goethe de 1821. También el naturalista Louis Agassiz adherirá a la propuesta, y en 1886, el Natural History Museum de Londres aplicará también la articulación en dos zonas propuesta por Goethe en 1821.

En 1903 se inaugura en Alemania el Kaiser Friedrich Museum (hoy Bode Museum), construido entre 1897 y ese año a instancias de Wilhelm von Bode, museólogo creador a partir de 1897, de la “Isla de los Museos” de Berlín y director de museos reales entre 1897 y 1920. Bode retoma la idea de Goethe del doble museo e inicia la organización de las exhibiciones de arte y arqueología según criterios de clasificación científicos y didácticos.

Del coleccionismo al patrimonio cultural

En plena Revolución Francesa la Asamblea Constituyente de Francia encomienda al arqueólogo autodidacta francés Alexandre Lenoir (1761-1839), la formación de un

museo que reuniera las numerosas obras de arte provenientes de conventos e iglesias salvadas de las destrucciones originadas por la revolución. Fundador del “Museo de los Monumentos Franceses”, Lenoir, se consagrará apasionadamente a la tarea de salvaguarda de los monumentos del pasado, de sepulcros históricos (como los de Saint-Denis y de Sainte-Geneviève) y de esculturas. Establece el museo en el viejo y desafectado convento de los Petits Augustins, que integra hoy el complejo edilicio de la École nationale supérieure des Beaux-Arts, y en él lleva a cabo un montaje innovador. El empeño de Alexandre Lenoir en salvar y reunir conjuntos ornamentales da origen al concepto moderno de “patrimonio cultural”, que encierra la idea de que aquellos objetos no han de ser conservados por su rareza o por su belleza sino por el hecho de poseen un valor trascendente por encima de su particularidad, de su circunstancia y del impulso estético, religioso o político que motivó su creación original.

Lenoir tomó muy en serio su misión. Llegó a oponerse con riesgo para su vida al furor destructivo de los *sans-culottes* e incluso a organizar la defensa a punta de bayoneta de la Sorbona, la tumba de Richelieu, St. Denis, el Louvre, Versailles y numerosas iglesias, salvando buena parte del patrimonio cultural material de Francia. De algún modo se convirtió en el modelo que todavía inspira a muchos preservacionistas de la actualidad.

El patrimonio cultural en sus sitios

Pero éste es sólo uno de los temas relacionados con la idea del patrimonio cultural. Desde el momento en que los hombres empezaron a considerar a los objetos de colección y a las obras de arte como bienes valiosos, también se convirtieron en posible botín de guerra. Y los robos, los saqueos, las guerras y las destrucciones han sido siempre amenazas concretas para los museos.

Indudablemente Napoleón tuvo una pretensión más noble y más sensible cuando desencadenó el mayor de los movimientos de obras conservadas en museos y colecciones europeas para llevarlas a Francia. “Todo aquello que es bello en Italia será nuestro”, aseguró Bonaparte al Directorio. Aunque la frase nos resulte claramente alusiva a un despojo, hay que entenderla dentro de su contexto, parcialmente distinto del que podríamos suponer. París, para Napoleón y sus partidarios, había de ser la capital de la Europa revolucionaria, y lo mejor del arte debía exhibirse en la capital y no en las provincias. Por cierto que no era una idea ecológica ni tampoco respetuosa de las herencias culturales. En 1796 Napoleón inicia la Campaña de Italia contra la ocupación austríaca que termina a comienzos de 1797 con el triunfo francés. Napoleón impone a los vencidos fuertes contribuciones de guerra. En julio de 1798, con gran pompa, arriban a París una cantidad de obras maestras italianas. A su modo, Napoleón ha de haber creído que su decisión enaltecía al arte europeo.

Pero no todos compartían su pensamiento. En 1796 poco después de salir de prisión, encarcelado por los jacobinos en pleno Terror, Antoine-Chrysostome Quatremère

de Quincy (1755-1849), escritor, teórico del arte, anticuario, arqueólogo y político monárquico constitucional francés de ideas neoclásicas, publica “*Lettres sur les préjudices qu’occasionnerait aux arts et à la science le déplacement des monuments de l’art de l’Italie*”, más conocidas como “*Lettres à Miranda sur le déplacement des monuments de l’art de l’italie*”, ya que las cartas están dirigidas a Francisco de Miranda, el militar e intelectual venezolano precursor de la Independencia Americana que participó entre los Girondinos de la Revolución Francesa y estuvo preso, como su amigo francés, durante los días de Robespierre. Quatremère de Quincy fue, también, un pensador sobresaliente en materia de conservación del patrimonio y museología: se opuso a la extracción de piezas de interés cultural de sus ubicaciones originales para integrar colecciones de museos y fue un defensor de la idea de que el patrimonio debía permanecer en su contexto. Esta idea, opuesta a los saqueos pero también al coleccionismo depredador, es precursora del ideario “ecológico” de la preservación del patrimonio y justifica el considerar a Quatremère de Quincy como uno de los teóricos insoslayables en la historia de la museología. Junto con Alexandre Lenoir y Vivant Denon (1747-1825), y en debate con sus ideas, Quatremère de Quincy es una de las tres figuras claves de la discusión iluminista francesa sobre el patrimonio.

A la larga, Quatremère de Quincy tuvo su hora triunfal. En 1815 el Louvre pierde parte de su patrimonio al ser obligada Francia, después de la derrota de Napoleón, a restituir los botines de guerra. En 1816, restaurada la monarquía en Francia, Alexandre Lenoir se ve obligado a restituir lo esencial de las colecciones del Museo de los Monumentos de Francia a sus antiguos propietarios, públicos o privados. Pero ambas restituciones no implican el fracaso de la Revolución sino de sus excesos. La idea del museo público será lo permanente y valioso del legado revolucionario francés.

Los museos, ámbitos de investigación científica

En 1798 Napoleón parte para Egipto. Su expedición, que llega en julio a Alejandría, comprende unos 400 barcos, alrededor de 34.000 soldados y unos 1.000 civiles, entre los que viajan unos 165 artistas y científicos integrando una Comisión encargada de relevar el territorio conquistado, munida de un instrumental técnico avanzado.

Vivant Denon, artista dibujante y grabador, escritor y funcionario francés, genilhombre de cámara y conservador del gabinete de medallas de Luis XV, diplomático en San Petersburgo y Nápoles y espía bajo Luis XVI, acompaña a Napoleón durante su campaña de Egipto. Su misión, como integrante de la comisión de artistas y científicos que acompañan al ejército, consiste en seleccionar tesoros de las ciudades conquistadas para su envío a París, para engrosar las colecciones del palacio del Louvre. Entre julio de 1798, fecha de la llegada a Egipto de la expedición, y agosto de 1799, Denon se dedica a realizar un prolijo relevamiento de los monumentos y de las costumbres de los egipcios, que publicará en 1802 en su libro “*Voyage dans la haute et basse Égypte*”.

Terminada la labor de relevamiento, la Comisión de artistas y científicos que acompañó a Napoleón a Egipto regresa a Francia transportando numerosos objetos - incluyendo la Piedra Rosetta descubierta en 1799 por soldados franceses y publica, en 22 volúmenes, “*Descriptions de L’Egypte*”, que será la fuente básica de la egiptología para las generaciones posteriores. La obra incluye textos y gran cantidad de grabados de gran precisión, que registran no sólo la planimetría y la imagen en perspectiva de monumentos sino también los paisajes y la vida cotidiana de las poblaciones del momento. A la expedición artística y científica se la ha considerado como el “nacimiento de la Egiptología”.

En 1802 Vivant Denon es nombrado Director General de los Museos del Imperio francés y funda en 1803 y sobre la base del “*Museum central des Arts*”, el Museo Napoleón (*Musée Napoléon*), que se convertirá luego en Museo del Louvre, del cual es el organizador inicial. El museo, que reúne viejas colecciones con las nuevas, es montado por Denon, quien aspira a hacer de él un museo modelo. Más allá de las circunstancias políticas, dos siglos después, Vivant Denon suele ser considerado un precursor de la moderna museología y de la historiografía del arte y un departamento del Louvre lleva su nombre. En el Louvre y frente a las piezas reunidas, ha nacido la nueva ciencia de la egiptología.

En 1795 el naturalista francés Georges Cuvier se incorpora como ayudante al Museo de Historia Natural de París, el primero del mundo, cuyas colecciones se enriquecerán grandemente con la recepción de numerosos ejemplares zoológicos en conserva y fosilizados cuando los ejércitos de Napoleón Bonaparte saqueen las colecciones de los países europeos invadidos y de Egipto. Cuvier, que tuvo a la vista la mayor cantidad de fósiles del mundo hasta su época, es el primer naturalista en disponer de una colección tan completa de mamíferos para investigar, y trabajando con ese material podrá establecer nuevas clasificaciones anatómicas y proposiciones taxonómicas y anunciar, en 1796, la clara identificación de un mundo de especies extinguidas, lanzando la teoría de que ello se debió a alguna ignorada catástrofe, teoría que se conoce bajo el nombre de “catastrofismo”.

Esta afirmación, científicamente revolucionaria, contradecía la suposición tradicional de que ninguna especie se había extinguido pues todas tenían su origen -con aspecto similar al actual- en una misma y única Creación. Por el contrario, la idea de Cuvier consiste en separar nítidamente las especies fósiles por un lado y las especies actuales por el otro, estableciendo por primera vez una nueva periodización del tiempo pasado en el mundo. Ante tales comprobaciones, Cuvier se consideró a sí mismo como “una nueva especie de anticuario”, lo que permite hoy afirmar que la paleontología científica nació del laboratorio de Cuvier.

Pese a ello, Cuvier, devoto religioso, no fue evolucionista. Para Cuvier, las especies no se modificaban a lo largo del tiempo sino que eran estáticas. Esta teoría o creencia, conocida en el ambiente científico como “fijismo”, sostiene que las especies -siempre “fijas”- actualmente existentes han permanecido básicamente invariables desde la

Creación y que, por lo tanto, la naturaleza es una realidad definitiva, inmutable y acabada. Más allá de sus teorías, Cuvier fue el primer gran científico de su tipo que desarrolló sus investigaciones en un museo, lo que significa la clara incorporación a la identidad institucional de los museos la misión de ser centros de investigación científica.

A partir de entonces, científicos como Juan Bautista Lamarck (1744-1829), Alexander von Humboldt (1769-1859), Charles Darwin (1809-1882) y, en Argentina, Germán Burmeister (1807-1892), Francisco P. Moreno (1852-1919), Eduardo Holmberg (1852-1937), Florentino Ameghino (1853?-1911) y Ángel Gallardo (1867-1934) –por sólo nombrar algunos- serán personalidades también relacionadas con los museos.

Un edificio apropiado para el museo

En 1797 surge en Berlín la idea de fundar un museo público de arte, origen del Altes Museum. Tres años después, ante el desarrollo de la iniciativa, Karl Friedrich Schinkel (1781-1841), a la sazón estudiante de arquitectura en la recién fundada Academia de Arquitectura de Berlín, traza los primeros planos para un futuro edificio para ese museo. Sin embargo, el proyecto no se concreta en ese momento y queda largamente suspendido durante la ocupación napoleónica.

No obstante, en 1815, con motivo de la restitución de las obras de arte post-napoleónica, resurge en Berlín la idea de 1797 de fundar el museo y a tal efecto, el arqueólogo Alois Hirt elabora un esquema conceptual. Pero el arquitecto Schinkel elabora nuevos bocetos que superan la idea de Hirt y en 1823, el rey de Prusia Federico Guillermo III de Hohenzollern (1770-1840) le encarga finalmente el proyecto y la dirección de obra del museo. Nace así la institución que se conoce, desde mediados del siglo XIX, como el “Altes Museum” de Berlín. El diseño, excepcional ejemplo de arquitectura neo-griega, se construye con gran perfección, convirtiéndose así en el primer edificio diseñado y construido específicamente para museo público en la historia, que se inaugura el 3 de agosto de 1830.

Schinkel ha sido uno de los más destacados arquitectos alemanes de todos los tiempos. Pintor, escenógrafo de óperas como “La flauta mágica”, funcionario, educador, diseñador de la residencia familiar de Wilhelm von Humboldt –con cuyo pensamiento tenía no pocas coincidencia y a quien lo unía una larga amistad-, proyectista del nuevo edificio de la Academia de Arquitectura de Berlín, Schinkel fue también introductor en Prusia de programas para la conservación de monumentos históricos.

El primer museo de la Argentina

En 1812, en Buenos Aires, Bernardino Rivadavia (1780-1845) es designado secretario del Primer Triunvirato –nuevo Poder Ejecutivo que reemplaza a la Junta de

1810- y desde ese puesto propone la creación de un museo de ciencias naturales, al cual denomina Museo del País, y que es el origen del actual Museo Nacional de Ciencias Naturales Bernardino Rivadavia, dependiente del Conicet.

La idea no se concreta entonces, pero en 1823 Rivadavia insiste en el proyecto y logra fundar el Museo Público de Buenos Aires, que se instala en el segundo piso del convento de Santo Domingo y cuya organización queda a cargo de Carlos Ferraris, discípulo de Pedro Carta Molina.

Inicialmente el Museo además de las colecciones de ciencias naturales, el museo tenía otras de arte y de historia, que, con el tiempo, fueron incorporándose a los nuevos museos específicos. Desde 1848 el Museo de 1823 lleva el nombre de su fundador.

La aparición de un público multitudinario

Hasta mediados del siglo XIX los protagonistas de los museos fueron personas estrechamente vinculadas con su espíritu, su actividad o sus colecciones. A mediados del siglo, sin embargo, los museos descubrirán al público, ahora interesado en creciente número como consecuencia de un ambiente favorable a la educación popular, a la economía industrial y al surgimiento democratizador de una opinión pública informada. Y el público descubrirá a los museos, a sus colecciones y a su fecundidad para la adquisición de nuevos conocimientos.

La historia del público es singular. Antes que los museos, fueron las grandes Exposiciones Universales las que movilizaron a multitudes.

Nacidas de un triple empeño, educativo, comercial e industrial, las exposiciones decimonónicas tuvieron un nacimiento claramente auspiciado por la dirigencia más progresista.

Promovida por el Príncipe Alberto, en 1851 se realiza la gran Exposición Universal de Londres, primera de estas grandes celebraciones multitudinarias del “progreso”. La muestra iba a tener no sólo un objetivo comercial y propagandístico: debía ser una competición que premiara a los mejores productores, incentivando la mejora industrial, y debía constituirse en un esfuerzo pedagógico, para formar al consumidor. Poner a la vista de todos el buen fruto del esfuerzo y de la calidad era un modo de proponer al conjunto de la sociedad una exigencia de autosuperación. El éxito de la exposición permitirá comprar tierras en South Kensington para radicar en ellas instituciones dedicadas a promover la mejora de la tecnología industrial. Pero la exposición nacía de un ideal más alto: como señala el historiador Juan Benet, “fue la primera ocasión en que “todas las banderas del mundo civilizado flamearon unidas”, en obediencia al expreso deseo que Alberto había formulado en el brindis del banquete que semanas antes se le ofreció en Mansion House: “Brindo por conseguir la gran meta a la que apunta toda la

historia: la realización de la unidad del género humano”.” Esa es, en síntesis poética la idea esencial del nacimiento del “público” decimonónico. El que irá a unos museos más abiertos y accesibles que nunca.

La Exposición de Londres permaneció abierta durante seis meses, durante los cuales fue visitada por 6.2000.000 visitantes. Nunca antes, por motivo alguno, había existido un movimiento humano similar. Además, en 1851, en el año de la Gran Exposición Universal, el British Museum recibió 2.527.216 visitantes, algo nunca visto con anterioridad. Había nacido el público de los museos. Como consecuencia de la Exposición, se crea en Londres el Museum of Manufacture, origen de la institución que en 1909 pasa a llamarse “Victoria & Albert Museum” y que desde sus comienzos es pionera en materia pedagógica.

En 1867 París convoca a otra gran exposición universal, cuyo pabellón principal es una enorme construcción metálica en forma casi elíptica que agrupa a 52.000 expositores del mundo entero. Tal es la importancia de esta muestra, que Sarmiento, a la sazón diplomático argentino en Estados Unidos, cruza el Atlántico para ir a ver la Exposición. Y tan impactado queda por el espectáculo y por la filosofía que lo sustenta, que ni bien es electo Presidente de la República Argentina empieza a darle forma al proyecto de la Exposición Nacional de Córdoba, de 1871. Como parte de la Exposición, se realiza la primera gran muestra de arte de la Argentina.

No sólo la industria y el arte se dirigirán ahora al gran público: los científicos, también. El 4 de noviembre de 1869 aparece en Londres el primer número de la revista inglesa “Nature”, dedicada tanto a la publicación de escritos científicos eruditos como a la divulgación científica. Desde su inicio, la revista se convierte en el principal medio difusor del naturalismo científico darwinista. La revista nace impulsada por Thomas Huxley y sus consocios del “X Club”, un grupo informal pero muy activo de intelectuales darwinistas que asume rápidamente el liderazgo en sociedades científicas, universidades, museos y revistas científicas. Como objetivos fundacionales, Nature se propone hacer accesibles al público general los grandes resultados de la investigación científica, lograr un reconocimiento general de la actividad científica en la educación y en la vida cotidiana, ayudar a los científicos informándolos acerca de los avances y descubrimientos en las diversas ramas de las ciencias naturales y ofrecerles un foro en donde tengan la oportunidad de debatir. A partir de 1869, Nature se convierte en uno de los medios más prestigiosos e influyentes en su campo temático y ocupa un papel decisivo en el desarrollo y la difusión de las novedades y del pensamiento naturalista.

Museos para un público multitudinario

El surgimiento de un nuevo y multitudinario público, alfabetizado y ávido de saber, transformó a la cultura en un fenómeno social inédito. No tardaron en surgir, lógi-

camente, ideas nuevas acerca de cómo brindar a ese público medios de acceso al conocimiento. El mismo año de la Gran Exposición Universal de París, celebratoria del Centenario de la Revolución Francesa (1889), George Brown Goode sostenía en “The Museums of the Future”, una idea revolucionaria: “Un eficiente museo educador debe ser descrito como una colección de rótulos instructivos, cada uno de ellos ilustrado por un muy bien seleccionado ejemplar. En 1895 Goode, por entonces Secretario de la Smithsonian Institution de Washington y Director de su Museo Nacional, publica “The principles of Museum Administration”, en los Museums Association Report of Proceedings, editados en Londres por la British Museum Association.

1884 El Museo de La Plata

No otra es la idea esencial del Museo de La Plata. Ciencia sin la más mínima concesión a la vulgaridad, pero con generosa apertura hacia un público ávido por saber.

En 1871, al defender la idea de fundar el Observatorio Astronómico de Córdoba, Sarmiento había delineado la importancia que asignaba a la ciencia: “Yo digo que debemos renunciar al rango de nación, o al título de pueblo civilizado, si no tomamos nuestra parte en el progreso y en el movimiento de las ciencias naturales”. Al de Córdoba siguió el Observatorio de La Plata. “Los mayores goces intelectuales que elevan el espíritu del hombre y dan fuerzas propias a los pueblos, son los que se desprenden del estudio de la Naturaleza y de las aplicaciones de sus elementos en bien de la colectividad”, escribía Francisco P. Moreno, fundador y director durante dos décadas del Museo de La Plata. “Los cientos de colegios de la Provincia y sus bibliotecas preparan hoy a sus habitantes a estos goces, y muchos de éstos tomarán formas cuando, buscando útil tregua al trabajo diario, visiten el Observatorio Astronómico cuyo personal... tendrá placer en ayudarlos a que penetren los portentosos fenómenos del mundo sideral, y luego pasen al Museo, donde sin olvidar aquellos globos que sólo muestran que existen, en sus luces, sus formas, sus movimientos, pero que las leyes de la analogía ayudan a comprender, examinen el que habitan en el Museo, verán el mundo vivo, visible entre los oponentes torbellinos de la lógica evolución orgánica desde los tiempos más lejanos hasta ahora...”.

El Museo de la Plata se construyó de a poco, administrando recursos muy escasos, con precisión. Pese a la buena voluntad, nunca hubo dineros abundantes. En 1884, el presidente Roca le escribía al gobernador D’Amico: “Respecto al Museo y Biblioteca no hemos de hacer cuestión de dinero. Y usted debe contar siempre con la buena voluntad de su afectísimo amigo”. Pero los fondos eran muy limitados.

La amenaza de un futuro sin museos

“Noi vogliamo distruggere i musei, le biblioteche, le accademie d’ogni specie, e combattere contro il moralismo, il femminismo e contro ogni viltà opportunistica o uti-

litaria”, escribía Filippo Marinetti en su “Manifiesto Futurista” de 1909. Y a todos predicaba su convicción de que los museos eran lastres de un pasado que él quería destruir. Felizmente, su idea iconoclasta tuvo poco éxito. Si Marinetti hubiera comprendido que Emilio Pettoruti –nuestro gran pintor revolucionariamente futurista y cubista- se había formado en el Museo de La Plata, con los pintores que Francisco P. Moreno había contratado para apoyar didácticamente la labor científica... no habría pretendido convencerlo. Sin embargo, con frecuencia, cuando vemos el estado de desnutrición en que han quedado sumidos muchos de nuestros museos, cabe preguntarnos si Marinetti no habrá tenido un éxito inesperado...

Georges Rivière La presentación ecológica

Georges-Henri Rivière nació en París, en 1897. Después de estudiar música, hacia 1925 empieza a interesarse por la museología y cursa estudios en la Escuela del Louvre. En adelante su vida estará dedicada a los museos, convirtiéndose en una de las personalidades más destacadas de la historia de la museología universal. En 1928 reorganiza el Museo Etnográfico del Trocadero de París, dirigido por Paul Rivet, que se transforma en “Museo del Hombre” y se convierte en el más moderno de Europa. Entre 1928 y 1937 Rivière presenta allí alrededor de 70 exposiciones. En 1930 es director de los cursos de museología en la École du Louvre, cargo en que permanecerá hasta 1950.

En 1937, a partir de las colecciones de la sección francesa del Museo Etnográfico del Trocadero de París, Georges-Henri Rivière concibe y concreta el Museo Nacional de Artes y Tradiciones Populares (MNATP Musée national des Arts et Traditions Populaires), fundación que se concreta dentro de la política cultural del “Frente Popular”, favorable a la educación pública. El museo tendrá importancia en la discusión acerca de la identidad nacional. El MNATP permanecerá en el Palacio del Trocadero entre 1937 y 1969, en que se trasladará al Bois de Boulogne. El MNATP es también un laboratorio de investigación científica, que bajo el nombre de Centro de Etnología Francesa (Centre d’Ethnologie Française) integra el CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique) de Francia. En el MNATP, Rivière desarrolla una museografía revolucionaria, basada en la contextualización del objeto, en las escenografías de fondos oscuros y la iluminación puntual para crear efectos dramáticos con propósito didáctico.

Rivière, cuyas ideas se ven claramente reflejadas en los montajes hechos artesanalmente por Rosario Vera Peñaloza en el museo de ciencias naturales del Instituto Bernasconi de Buenos Aires, será una figura decisiva en la fundación del ICOM y en la definición del nuevo concepto social de “Ecomuseo”. Sus ideas todavía, sesenta años después, son novedosas para muchos de quienes todavía ven al museo como un relicario.

Extinguida la Oficina Internacional de Museos de la también desaparecida Sociedad de las Naciones, J. Chaucey, director del museo de ciencias de Buffalo, funda en 1946 el ICOM, International Council of Museums, que se reúne por primera vez en

1947, bajo el patrocinio de la Unesco. En 1948 George Henri Rivière es nombrado director del ICOM, cargo que mantendrá hasta 1966. El ICOM empieza a publicar en París la revista “Museum”, sucesora de la extinguida “Mouseion” de 1926.

André Malraux: El museo imaginario

Un año después de la fundación del ICOM, en 1947 André Malraux publica “Le musée imaginaire”, traducido en Buenos Aires bajo el título de “Las voces del silencio”. André Malraux (1901-1976) fue un notable escritor, político y promotor de la cultura francés. Influido inicialmente por el surrealismo y por el dadaísmo, fue, sin embargo, un espíritu profundamente constructivo. Novelista comprometido, desde muy joven se interesó también por el arte y por la arqueología. Entre 1958 y 1969 fue Ministro de Cultura de la República Francesa y su gestión fue de una trascendencia universal. Profundo conocedor de la historia de la cultura, tanto antigua como contemporánea y tanto occidental como oriental, soñó con unir todos los relatos por medio de un museo imaginario en donde fuera posible hacer recorridos evolutivos hacia adelante y hacia atrás y también en forma transversal, para que la comprensión de las manifestaciones culturales fuera más amplia, más contextual y más honda. El siglo XX, sostenía Malraux, era el primero en la historia que era capaz de hacer actuales a todas las eras de la humanidad y a todas las manifestaciones regionales. Si el Príncipe Alberto soñaba con que todas las banderas flamearan a la par, Malraux soñaba con un mundo definitivamente sin exclusiones, sin censuras, sin segregaciones. El Museo Imaginario de Malraux –como la Biblioteca de Babel de Borges- sería lo más parecido a toda la Humanidad. Era su ilusión y por entonces era una utopía.

Pero en 1999, en el X Congreso Mundial de Amigos de Museos, reunido en septiembre en Sydney, Australia, el médico argentino Antonio M. Battro, doctor en psicología, educador y especialista en aplicación de nuevas tecnologías informáticas en el desarrollo de las capacidades neurocognitivas, presentó una comunicación titulada “André Malraux revisited. From the musée imaginaire to the virtual museum” (André Malraux revisitado. Del museo imaginario al museo virtual). En el texto, Battro sostiene que, si bien Malraux desarrolló en su libro “Le musée imaginaire” la idea de que el mundo de las reproducciones forma un “museo sin muros”, las limitaciones de los diversos soportes sólo se sortean con los avances de las tecnologías digitales conocidas como “Realidad Virtual” (VR) que permiten una reproducción de objetos en escala dentro de un espacio virtual también en escala proporcional, por lo que no se altera la relación de escalas original. De este modo, el “museo sin muros” accesible a millones de personas como era el deseo de Malraux, cobra existencia en la web.

Muchos años después de los planteos revolucionarios de Walter Benjamin sobre “el arte en la época de la reproductividad técnica”, las redes informáticas y los bancos de información y de imágenes distribuidos por el mundo e interconectados electrónicamente,

mente, han venido a hacer que todas las banderas flameen al unísono y que todas las imágenes amplíen cada día el inmenso museo imaginario de este siglo XXI.

Una cierta alta tecnología museológica

No es casual que los museólogos que en 2003 escribieron las bases para el concurso arquitectónico para la construcción de un nuevo edificio para el Grand Egyptian Museum de El Cairo, hayan soñado con una institución nueva: el museo como nodo de una gran red de comunicaciones visuales en donde los testimonios físicos de la antigua cultura egipcia, dispersos en los museos del mundo, vuelvan a reunirse electrónicamente a través de la red. Una gran civilización cooperativa es la que ha nacido en estos años, y las nuevas tecnologías han venido a colaborar en la construcción de los grandes ideales del pasado.

En los museos, la conservación es una técnica cada vez más refinada y cada vez más basada en conocimientos científicos avanzados. Talleres de restauración, laboratorios, departamentos de investigación, catalogación y clasificación, son cada vez más parecidos a sus ámbitos equivalentes en la industria y en el hospital. La complejidad ha llegado a los museos.

Y también la ciencia y la tecnología se han convertido en temas del museo: En 1986 se inauguró en París la “Cité des Sciences et de l’Industrie, en el Parque de La Villette, el mayor museo de ciencias de Europa, que anualmente recibe alrededor de cinco millones de visitantes.

El museo, la medicina y la salud

Entre las múltiples alternativas que ofrece la Cité des Sciences, hay una que nos interesa especialmente: la “Cité de la Santé”. Ubicada dentro de la Mediateca, es de acceso libre y gratuito. “Ni lugar de cuidado, ni de diagnóstico: es un lugar neutral en donde jóvenes, adultos, padres, niños, ancianos... pueden hallar respuestas a sus preocupaciones por la salud”. Las búsquedas de información son anónimas y existen más de 15.000 libros, revistas, películas y sitios de Internet a disposición. El Museo se ha convertido plenamente en un servicio a la medida del visitante. El Museo se ha vuelto interactivo en una medida jamás vista con anterioridad.

Los Museos de Historia de la Medicina

En 1769, en París, bajo el reinado de Luis XV, se dispone la reunión de los instrumentos de cirugía antiguos, que se conservaban dispersos desde siglos anteriores. Ese es el origen del Museo de Historia de la Medicina, el museo universitario que con-

serva las colecciones médicas más antiguas de Europa. Pero, sin dudas, el origen de sus objetos es muy anterior. En ese mismo año 1769, el arquitecto Jacques Gondoin recibe el encargo de construir el nuevo edificio para la enseñanza de la medicina, cuyo anfiteatro se termina en 1774. En 1795 las colecciones son instaladas en una sala especial del primer piso y se adquiere entonces un mobiliario especial. El Museo, abierto al público, es inaugurado en octubre de 1795 y las colecciones quedan al cuidado de un conservador, quien logra incrementar el patrimonio con las colecciones del Hôtel Dieu y de la Academia de Ciencias de París. En 1905 el Museo es mudado a una nueva sala, agregada al edificio y construida a tal efecto. Hoy, el Museo de Historia de la Medicina depende de la Université Paris V Descartes, la Universidad de las ciencias del hombre y de la salud y es un modelo de Museo universitario dedicado a la enseñanza superior y la investigación.

En 1934 el Dr. Bosch Arana funda, dentro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, el “Museo Histórico de Cirugía” que, en 1936 es transferido al recién creado Instituto y Cátedra de Historia de la Medicina y pasa a llamarse “Museo de Historia de la Medicina”. En 1962 éste museo recibe el nombre de “Vicente A. Risolía” en homenaje a un destacado investigador del Instituto y actualmente lleva el nombre de Museo de Historia de la Medicina y de la Cirugía “Vicente A. Risolía”.

En 1993 el Profesor Titular de Biofísica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Dr. Edmundo Ashkar, sugiere al Decano de la Facultad la creación de una “sala histórica”, con el fin de salvaguardar el patrimonio histórico-técnico de la Cátedra a su cargo. Es el origen de la “Sala Histórica Wernicke”; sin embargo, al iniciarse la clasificación de los objetos, se comprueba que en su gran mayoría había pertenecido al equipo de investigadores dirigido por el Prof. Dr. Bernardo A. Houssay. Consecuentemente, la “sala histórica” se convierte en un museo universitario de ciencia y tecnología que, por resolución del Consejo Directivo de la Facultad, del 13 de marzo de 1996, pasa a llamarse “Museo Houssay de Ciencia y Tecnología. Sus instalaciones se inauguran el 10 de diciembre de 1997 al conmemorarse los 50 años de la entrega del Premio Nobel al Profesor Houssay. En 1999 el museo pasa a depender del Instituto de Historia de la Medicina, bajo la dirección del Prof. Dr. Alfredo G. Kohn Loncarica, doctor en medicina, historiador de la ciencia y ex alumno en museología del Prof. Raúl Silva Montaner. A poco, el museo cambia su nombre por el de Museo “Houssay” de Historia de la Ciencia y la Tecnología, ajustando la denominación al carácter del museo, dedicado no a la ciencia sino a la historia de la ciencia. Ambos museos, Risolía y Houssay, se integran bajo la dirección del Dr. Kohn Loncarica en un recorrido histórico por la medicina y se convierten en centros activos de investigación y difusión.

El 21 de diciembre de 1995, el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba crea el Museo Histórico Hospital Nacional de Clínicas de esa ciudad argentina. Después de una constante gestión preparatoria, el museo es inaugurado el 9 de octubre de 2001, con la Dirección de la Prof.

Dra. Norma Acerbi Cremades. La primera conferencia dictada en su ámbito es pronunciada por el Prof. Dr. Alfredo G. Kohn Lonarica, Director del Departamento de Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y de sus museos Risolía y Houssay.

Todos ellos son museos universitarios, vinculados a la docencia y la investigación. Pero hay otros museos de medicina: los museos de los hospitales.

La memoria de los grandes hospitales

Desde Asclepio, Higea, Hipócrates y Galeno, los hospitales han escrito también sus memorias en el libro de la historia. Recuerdos no sólo de la aventura científica del hombre que busca doblegar a la enfermedad, sino también de emociones tan profundas –hondos dolores y alegrías incommensurables– que en pocos espacios arquitectónicos pueden caber tantos sentimientos.

El Higienismo decimonónico, basándose en los descubrimientos de Lavoisier, imaginó un modelo de hospital moderno, en el cual, entre los pabellones, los vientos barrieran del aire las “miasmas” que suponían como causas de los contagios de las enfermedades. La Academia de Ciencias de París hizo suyo el “Prototipo Tenon”, cuya aplicación en nuestro país se debió a los arquitectos Francisco Tamburini –cuando diseñó en 1884 el Hospital Militar– y Juan Antonio Buschiazzi –cuando proyectó el Hospital Italiano–, ambos en Buenos Aires.

Sin el influjo del racionalismo francés, y con la practicidad del higienismo alemán, el arquitecto Ernesto Bunge introdujo en nuestro medio – en el Hospital de Niños de Buenos Aires – la razonabilidad de las ideas del médico y reformador Rudolf Virchow. El hospital, fragmentado en pabellones aislados –en barracas, como los lazaretos– resultaba empíricamente eficaz.

Sin embargo, en 1890, cuando Juan Antonio Buschiazzi hizo un proyecto de hospital para la Bolsa de Comercio –que no llegó a construirse– se asoció a un médico higienista, Telémaco Susini, quien venía de especializarse al lado de Louis Pasteur. Los microbios, y no las supuestas “miasmas”, ya tendrían una arquitectura en donde pudieran hacer muy poco mal.

Con los antibióticos, el contagio dejó de ser la obsesión del diseño del hospital. La medicina avanzó tanto en un siglo que, más allá del buen sentido y de la experiencia del ojo clínico, el factor tecnológico ha venido a crear una imagen del cuidado de la salud que, en casi nada, pareciera tener un precedente previo al inicio del siglo XX.

Y sin embargo, esta imagen es más parecida a un espejismo. En el momento en que más parecieran haber avanzado la ciencia y la tecnología disponibles para el cuida-

do de la salud, más complejo se ha vuelto el concepto mismo de salud y más complejas se han hecho sus relaciones con la ética. El tiempo de la alta tecnología es también el que requiere una mayor conciencia humana. Las humanidades médicas han dejado de ser un conocimiento lujoso para el médico y se han vuelto una angustiante necesidad. Las viejas certezas del positivismo se han evaporado como la precisión newtoniana se deshizo a la luz de las ideas de Einstein. Si la imagen de la exactitud es el reloj y la de la imprecisión es la nube, al término de cada búsqueda de exactitud lo que aparece paradójicamente es la imprecisión. “Todos los relojes son nubes”, dirá Karl Popper.

¿Cómo no perdernos en el naufragio de las certezas positivas? Alguien responderá: con conciencia de nuestro devenir, con conciencia histórica. Tal vez sea esa la mejor oferta posible, en este tiempo tan cambiante, pero tan huérfano de certezas, de estas instituciones nacidas entre las brumas de Grecia y puestas desde entonces bajo la tutela de las musas inspiradoras: los museos. Ya no sólo contenedores de tesoros, de colecciones, de historias, sino ámbitos en donde habita la conciencia del pasado y se forma con la arcilla de los tiempos la conciencia que permite construir el porvenir.

Seguramente es por eso que en los hospitales, en donde sólo pareciera importar el futuro, la salud por recuperar, nacen en esta época unos nuevos museos que son los nexos entre el pasado y el futuro porque son los que sostienen el hilo conductor de los esfuerzos humanos.

En esta nueva “sociedad del conocimiento”, ya no necesitamos solamente que todas las banderas flameen a la par, que todas las imágenes pasadas y presentes, de Oriente a Occidente, se unan en un Museo Imaginario. Ya no alcanza con una red que entrecruce todos los flujos de información. Ahora necesitamos también que el Museo venga a ayudarnos a conservar la claridad acerca de un rumbo posible para la humanidad.

En 1987, el Dr. Rodio Raíces, médico e historiador del Hospital Rivadavia, enamorado de su profesión y del hospital en donde nació y en donde libró las batallas de su vida para recuperar la salud de miles de enfermos, fundó el Museo Histórico del Hospital Rivadavia, el primero de su tipo en el mundo. Quizás él haya sentido principalmente la necesidad de preservar en un ámbito el valioso material acopiado a través del tiempo.

Felizmente, la Lic. Celia Sipes, con su dinamismo y su conocimiento, ha extendido esa labor y es en gran medida a ellos y a la Comisión para la preservación del Patrimonio Histórico Cultural de la Ciudad de Buenos Aires que se debe la realización también de este II Encuentro de Patrimonio Cultural Hospitalario. Yo apenas he querido sumarme a esta iniciativa para declarar públicamente lo importante que han hecho estas personas, que, al ayudar a consolidar la acción y la misión de este museo, pequeño todavía, pero valioso modelo para todos, están ayudando tanto a dar un ejemplo acerca de cómo es posible vincular el pasado con el futuro, incluso desde un hospital.

Bibliografía

- Alonso Fernández, Luis.** *Museología y museografía*. Barcelona, Del Serbal, 1999.
- Babini, José.** *Historia de la medicina*. Barcelona, Gedisa, 1980.
- Brandariz, Gustavo A.** "Influjo del pensamiento científico en la arquitectura para la salud: Argentina, 1880-1930". En: *Revista de Historia y Humanidades Médicas*, Publicación de la Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina, Departamento de Humanidades Médicas, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Tercera época, N° 1, edición digital on-line. Facultad de Medicina Virtual, 2005. <http://www.fmv-uba.org.ar/histomedicina/index1024x768.htm>
- Cottini, Arístides.** *El Hospital en la historia*. Mendoza, Universidad de Mendoza - Idearium, 1980.
- Diner de Babini, Rosa.** *Cronología científica argentina*. Buenos Aires, Marymar, 1982.
- Dujovne, Marta.** *Entre musas y musarañas. Una visita al museo*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1995. Prólogo de Néstor García Canclini.
- García Blanco, Ángela.** *La exposición, un medio de comunicación*. Madrid, Akal, 1999.
- González Stephan, Beatriz; Andermann, Jens (Editores).** *Galerías del progreso. Museos, exposiciones y cultura visual en América Latina*. Rosario, Beatriz Viterbo, 2006.
- Hayward, J.A.** *Historia de la medicina*. México, Fondo de Cultura Económica, 1989. [1° edición: Londres, Routledge, 1937].
- Laín Entralgo, Pedro.** *El médico en la historia*. Madrid, Taurus, 1958.
- Laín Entralgo, Pedro.** *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona, Salvat, 1972. 7 tomos.
- Larson, Edward J.** *Evolución. La asombrosa historia de una teoría científica*. Buenos Aires, Debate, 2007.
- León, Aurora.** *El Museo. Teoría, praxis y utopía*. Madrid, Cátedra, 1978.
- Loudet, Osvaldo.** *Vida y espíritu del médico*. Buenos Aires, Kraft, 1952.
- Luzuriaga, Lorenzo.** *Historia de la educación y de la pedagogía*. Buenos Aires, Losada, 1982 (16° edición).
- Papp, Desiderio; Agüero, Abel L.** *Breve historia de la medicina*. Buenos Aires, Claridad, 1994.
- Pérgola, Federico; Okner, Osvaldo H.** *Historia de la Medicina*. Buenos Aires, Edimed, 1986.
- Raíces, Rodio.** *Breve historia del Hospital Rivadavia*. Buenos Aires, Akadia, 2000.
- Rivière, Georges Henri.** *La Museología. Curso de museología. / Textos y testimonios*. Madrid, Akal, 1993.
- Sánchez González, Miguel Ángel.** *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona, Masson, 1998. Prólogo de Diego Gracia Guillén.
- Sánchez, Norma Isabel.** *La higiene y los higienistas en la Argentina (1880-1943)*. Buenos Aires, Sociedad Científica Argentina, 2007.

- Sarmiento, Domingo F.** “El Museo de La Plata”. En: Sarmiento, Domingo F. *Discursos populares*. Segundo volumen. Buenos Aires, Luz del Día, 1951. Obras completas de Sarmiento, XXII.
- Thomson, Gary.** *El museo y su entorno*. Madrid, Akal, 1998.
- Torres, Luis María (Director).** *Guía para visitar el Museo de La Plata*. La Plata, Universidad Nacional de La Plata, 1927.
- Trilla, Jaume (Coordinador).** *Animación sociocultural. Teorías, programas y ámbitos*. Barcelona, Ariel, 1997.
- Vidler, Anthony.** *El espacio de la Ilustración. La teoría arquitectónica en Francia a finales del siglo XVIII*. Madrid, Alianza, 1997.
- Weinberg, Gregorio.** *La ciencia y la idea de progreso en América Latina, 1860-1930*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1998. 2º edición.

Algunas consideraciones sobre el futuro del patrimonio cultural de la Salud

Lic. Celia Sipes ⁽¹⁾

El Encuentro de patrimonio cultural hospitalario. Revalorización Histórica y Científico-Técnica forma parte de los proyectos creados para el programa *Reactor Cultural en Hospitales*, cuyas acciones comenzaron el 30 de agosto del año 2004 con la reapertura del Museo Histórico Hospital B. Rivadavia. Contiene actividades derivadas de la cultura y el desarrollo social y acciona además sobre la restauración y puesta en valor del patrimonio hospitalario rescatando la Historia de la Medicina y fortaleciendo la herencia de la vida hospitalaria vinculándola con políticas coherentes de rescate y defensa de la identidad.

Este encuentro nace a partir de un análisis del contexto general, pues observamos que los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fueron enfrentando profundos retos urbanísticos, culturales, funcionales, tecnológicos, administrativos y medio ambientales y que, llegando a su centenario, no considero casual que encontremos la necesidad de acciones de rescate, conservación y puesta en valor de objetos e historias que forman la herencia cultural de la vida hospitalaria. Nuestro Museo Histórico del Hospital Bernardino Rivadavia es un ejemplo de ello, pues fue creado por el Dr. Rodio Raíces en 1987 para la Conmemoración del 100º aniversario de la reinstalación del Hospital de Mujeres (hoy Hospital B. Rivadavia) en el predio de Recoleta,² siendo el Primer Museo Hospitalario de América Latina.

1. Licenciada en Administración y Gestión Cultural, Universidad Nacional de San Martín, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Técnica Superior en Gestión y Administración de Políticas Culturales, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Técnica Superior en Radiología, especialidad en Radioterapia Oncológica, Título otorgado por autoridad sanitaria nacional. Desde el año 2004 hasta la fecha, es fundadora y miembro de la Comisión Museo Histórico Hospital B. Rivadavia y responsable del mismo. Representante argentina en la Primera Reunión de Coordinación Regional de la Red de la BVS de Historia y Patrimonio Cultural de la Salud, organizada por los Ministerios de Salud de Chile y de Brasil, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y BIREME.

A partir de esta realidad, comienzo a observar la historia de la vida hospitalaria como eje transversal identitario y de reconocimiento del acervo cultural en los hospitales de la Ciudad y adopto como marco referencial la definición de Patrimonio Cultural elaborada por la Conferencia Mundial de la UNESCO³, celebrada en México en el año 1982. También considero importante para la creación de las mesas expositoras, la definición de la Profesora Marta Dujovne, (1995) “*Sólo podemos cuidar aquello que reconocemos como nuestro, en la medida en que una comunidad asuma como propio este patrimonio. Por lo tanto, cuanto mayor intervención tenga en su gestión, tanto mayor será la posibilidad de que constituya un patrimonio vivo y cuidado*”. Paralelamente, si podemos reconocer dicho patrimonio como parte de una Política Cultural de la Salud, también podemos cuestionar desde el principio de cada proyecto, “*qué políticas culturales generar y qué acciones recrear de acuerdo a los requerimientos de los espacios y sus propias historias*”.

Como antecedentes podemos afirmar que, en la necesidad de crear un marco de articulación con la comunidad de los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se realizaron en forma esporádica diferentes actividades, especialmente orientadas hacia los objetivos de las áreas programáticas de cada hospital. El evento más destacado por su magnitud y visibilidad (visitada por mas de 40.000 personas) fue *Exposalud 2003*, destinado a la recuperación de la memoria de los hospitales porteños; se realizó en el Centro de Exposiciones de la Ciudad del 3 al 6 de julio de 2003. La organización del Sector Público estuvo a cargo del Área de Comunicación Institucional y Prensa de la Secretaría de Salud y el sector de revalorización histórica estuvo a cargo del museólogo Marcelo Javier Pizarro.

Al siguiente año, entre el 5 y el 15 de agosto, se realizó en la Manzana de las Luces una muestra histórica sobre el tema *Niñez y Salud* en el marco del programa *X los chicos SALUD*. La muestra fue organizada en conjunto con el área de Comunicación Institucional y Prensa de la Secretaría de Salud y la Dirección General de Museos de la Secretaría de Cultura del Gobierno de la Ciudad. Nuevamente la propuesta fue concretada bajo la dirección del museólogo Marcelo Javier Pizarro y su eje central fue la salud infantil y los hospitales porteños desde su creación hasta nuestros días a través de su patrimonio histórico: instrumental, mobiliario y vestimenta, objetos y documentos históricos de los siglos XVIII al XX y fotografías.

La segunda exposición integral abierta a la comunidad organizada por el Área de Comunicación Institucional y Prensa de la Secretaría de Salud, realizada entre el 18 y el 21 de agosto, fue *Buenos Aires Salud 2005*, en la cual se abordaron temas históricos

2. Por problemas edilicios debió cerrar sus puertas durante diez años y recién en el año 2003 comenzamos a trabajar para reabrirlo. Las nuevas autoridades del Hospital y el Departamento de Docencia e Investigación interpretaron nuestro esfuerzo y nos acompañaron con acciones directas de conservación y restauración.

3. Conferencia Mundial de la UNESCO, celebrada en México en el año 1982, donde dice: “*El Patrimonio Cultural de un pueblo comprende las obras de sus artistas, arquitectos, músicos, escritores y sabios, así como las creaciones anónimas, surgidas del alma popular, y el conjunto de valores que dan sentido a la vida, es decir, las obras materiales y no materiales que expresan la creatividad de ese pueblo; la lengua, los ritos, las creencias, los lugares y monumentos históricos, la literatura, las obras de arte y los archivos y bibliotecas.*”

proyectados a la maternidad, salud mental en la ciudad, identidad y salud, la salud y el tango y la asistencia pública, entre otros.

A partir de este comienzo, el *Primer encuentro sobre patrimonio cultural hospitalario*, fue realizado en la jornada del día 17 de Mayo de 2005, en el marco de las acciones para la Conmemoración del 118° aniversario de la reinstalación del Hospital de Mujeres (hoy Hospital B. Rivadavia) en el predio de Recoleta. El mismo dio lugar a una serie de interrogantes que no se cerraron en esa instancia, sino que constituyeron un punto de partida para empezar a reflexionar sobre la reconstrucción de los procesos de conformación en el campo de la salud y su patrimonio cultural.

En el transcurso del encuentro los expositores centraron su atención en distintas experiencias y cuestiones vinculadas al patrimonio desde el ámbito de la salud y reflexionaron sobre las implicancias de dicha relación. El Museo Histórico Hospital B. Rivadavia se mostró fortalecido con los objetivos del Encuentro: socializar la información de diversas experiencias en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, reconocer los bienes culturales tangibles / intangibles a proteger o rescatar en el futuro y analizar la dimensión del Patrimonio Cultural Hospitalario en el ámbito de la nuestra ciudad.

El II *Encuentro de patrimonio cultural hospitalario. Revalorización Histórica y Científico-Técnica*, se realizó durante los días 29, 30, y 31 de mayo de 2007 y las jornadas se extendieron desde las 9:30 hasta las 18 horas. Se desarrollaron exposiciones de casos, ponencias y relatos de experiencias.

Paralelamente, se realizaron exposiciones de libros que posteriormente fueron donados para la biblioteca del Museo Histórico Hospital Rivadavia y en el Salón de las Banderas el editor Angel Jankelevich expuso su colección *Hospital y Comunidad*. En los paneles expusieron la Dra. Norma Acerbi de Cremades, Directora del Museo Histórico Hospital Nacional de Clínicas de la Ciudad de Córdoba; la Unidad de Patrimonio Cultural del Ministerio de Salud de Chile y la Fundación Fiocruz del Ministerio de Salud de Brasil. Los libros, revistas, folletos y catálogos de la organización Panamericana de la Salud y de la Asociación Médicos Municipales, fueron entregados al público. Hubo una instancia musical a cargo del profesor Ricardo Luna que nos deleitó con su flauta traversera y sus tangos de temática referida a la Salud como *El mata sanos*. La muestra museografica transitoria sobre curiosidades y libros antiguos de medicina se expuso en el Salón de las Banderas.

Por la tarde del día 31 de mayo, se realizaron dos talleres cuyo objetivo de desarrollo propuso el arte y la ciencia como herramientas de trabajo, como dos de los principales motores vehículos de la política cultural antedicha y como instrumento para construir sentido sobre la identidad y el patrimonio.

El taller *Un Museo de la Memoria Hospitalaria. Construcción de Identidades* fue organizado por Wanda Patricia Frachia, museóloga, psicóloga social y posgrado en

Políticas Culturales. Su propuesta fue incentivar grupos interdisciplinarios de trabajo, en la creación de instancias de participación ciudadana y la captación de agentes multiplicadores de historia y patrimonio cultural de la salud. Hizo un recorrido conceptual por la museología y los paradigmas de los siglos XIX y XX, pasando del museo como *mausoleo* hasta llegar al museo como espacio de comunicación. Los asistentes al taller elaboraron preguntas sobre las funciones del museo a partir de un organigrama estructural, desde una lectura semiótica y sus diferenciaciones con la propuesta organizacional con un marco ideológico. Los resultados del taller alcanzaron sus logros, ya que en agosto de 2007 se concretó la primera reunión de historia y patrimonio de la salud y en abril de 2008 comenzó el primer curso de posgrado de Historia y Patrimonio Cultural de la Salud, a cargo de la Dirección de Capacitación del Ministerio de Salud del GCABA.

El taller *Arte / Salud* estuvo orientado especialmente a terapistas ocupacionales, payasos que actúan en hospitales, psicólogos, musicoterapeutas, narradores orales, educadores para la salud, grupos de danza y artistas en general. A la vez se convocó paralelamente a la primera reunión de artistas en hospitales interesados en participar el 7 de julio del Día Internacional del Arte Solidario, cuya propuesta promueve la realización de acciones culturales en salas y espacios no convencionales con fines solidarios, con actividades programadas y coordinadas entre artistas, la comunidad, instituciones públicas y organismos oficiales, colectivos de trabajo, docentes, estudiantes, técnicos, miembros de ONG's y voluntarios en general.

La Lic. Andrea Maurizi, gestora cultural del grupo *Los Calandracas* y representante del programa de prevención de la salud *Teatro para Armar*, lo organizó en conjunto con la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud - Comunicación y Humanización para la Promoción de la Salud, del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En esta ocasión se mostró un video sobre la experiencia recogida en las Villas de la ciudad. Desde el *Teatro para armar* y con los artistas como recurso de interacción, se invitó a los presentes a revisar algunas situaciones no deseadas de sus vidas buscando respuestas que les ofrecieran una nueva oportunidad para el cambio.

Esta propuesta surgió en 1986 en la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, en el marco del Programa de Actividades Alternativas en Salud, trabajando en temas considerados prioritarios, como la humanización en la atención a la mujer embarazada y a pacientes de la tercera edad y vinculados con la prevención del alcoholismo y adicciones.

Como conclusión de lo expuesto se consideró importante el hecho de trabajar con equipos hospitalarios con la comunidad convocada por centros de salud, como recurso movilizador dirigido a estudiantes de Medicina y Psicología, a la vez que como disparadores de opinión dirigido a profesionales en congresos y jornadas. Estas experiencias dieron como resultado diferentes matices y enriquecieron las acciones futuras del Proyecto.

La Lic. Mariángeles Funes, en la exposición de su ponencia *Dimensión Terapéutica*, expresó que *el hombre es la suma de sus experiencias culturales y que la experiencia cultural comunitaria actúa de sostén y brinda las herramientas necesarias para regenerar la salud, la sensación de bienestar, la realidad y el estado emocional.*

A modo de resultados generales de este II Encuentro de Patrimonio Cultural Hospitalario, la difusión y socialización de diversas experiencias, proyectos y programas del patrimonio cultural en salud de la Argentina y países de Latinoamérica fue contundente pues hubo una importante convocatoria nacional e internacional de expositores y público participante. Se logró mayor visibilidad institucional frente a organizaciones pertenecientes al sistema del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y ante organizaciones internacionales reconocidas en el ambiente de la cultura y la salud.

Como recomendaciones finales y con la fuerte convicción de demostrar que “*La cultura no es un lujo... ...sino que además contribuye a que los individuos sean más participantes conscientemente motivados*”, (UNESCO) podemos mencionar que los procesos de conformación en el campo de la salud y su patrimonio cultural van transitando una relación sensible a las urgencias del propio sistema, por lo que sería necesario que las instituciones máximas de los Ministerios del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires estén involucradas profundamente en la realización de los objetivos de los próximos encuentros.

A partir de este marco de acciones, las políticas culturales en salud podrían transitar un camino abierto hacia la revalorización histórica y científico-técnica, museográfica y arquitectónica. En este sentido, y a partir del intercambio surgido a partir de estos encuentros, creemos estar realizando iniciativas para su construcción.

