

V. La Reforma Hospitalaria: del modelo asistencial al medicinal

I. Los Hospitales son la *medida de la civilización de un pueblo*

Durante gran parte del siglo XIX el universo asistencial hospitalario se redujo a un modelo nacido de la estructura y funciones heredadas de la época colonial y protagonizadas por el Hospital de Caridad. Fundado por la Hermandad de San José y de la Caridad y basado en las prácticas de las históricas Hermandades de Sevilla y Cádiz, el Hospital concluido en 1808, completaba la escasa herencia edilicia de la época colonial; una sugestiva Trinidad compuesta por la Casa de Dios (Iglesia), la Casa del Pueblo (Cabildo) y la Casa del Dolor (Hospital): *"La obra fue al principio modesta; aquella institución tuvo en su origen sólo por objeto el ejercicio en común de prácticas religiosas y el auxilio y consuelo de los reos y ajusticiados, a quienes los Cofrades acompañaban hasta sus últimos momentos, y a cuyos cadáveres daban religiosa sepultura recogiendo para ello limosnas con la invocación tradicional: 'Para hacer bien por el alma del pobre que sacan a ajusticiar' "*.⁽²⁸⁷⁾

El "locus religiosus" de la función hospitalaria es evidente durante las seis primeras décadas del siglo XIX. Representa la causa piadosa por excelencia: dar asilo al infortunio de pobres y enfermos, financiándose con el aporte voluntario de las limosnas y el más significativo de las familias patricias que generalmente también hacían causa de un fuerte patriotismo.⁽²⁸⁸⁾ Siendo naturalmente un patrimonio eclesiástico, también reunía en su interior las funciones centrales de capilla y cementerio. Práctica bastante lógica, si consideramos que la aplicación de técnicas medicinales era prácticamente inexistente y que los inoperantes baños y "*sangrados*" que se aplicaban a los enfermos, devenían frecuentemente en la confesión y posterior entierro.

(287) Kruse, Herman: "Las Damas de la Caridad y los Caballeros de la Filantropía". Inédito.

(288) Francisco Maciel, acaudalado burgués, es también uno de los principales activistas patriotas españoles que muere defendiendo el Montevideo colonial frente al invasor inglés.

El Hospital de la Caridad sintetizará en su estructura los desvelos, esperanzas y temores, tanto de religiosos, como de algunos precursores hombres de ciencia. Fue escenario de las mayores miserias humanas y testigo de algunos gestos de grandeza y profunda vocación de servicio, y en buena medida también campo de disputa ideológica, espacio de poder y prestigio social. La fuerte influencia del modelo –posiblemente debido a las debilidades presupuestales del Estado y consecuente necesidad de alianzas con los recursos católicos– perdura durante todo el siglo. En la opinión del Dr. Luis Piñeyro del Campo, a comienzos del siglo XX aún se reconocía que gran número de los preceptos que regían la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública, tenían su origen en la citada Hermandad. No obstante este reconocimiento, para esa época muchas cosas habían cambiado, además de –significativamente– su denominación.⁽²⁸⁹⁾

El Hospital de Caridad adoptó la forma tradicional de un Hospital General: entre sus múltiples funciones se puede señalar que “*servió de alojamiento para dementes, prostitutas, niños, asilo para huérfanos con el turno correspondiente, enfermas parturientas, oficina de Lotería, imprenta, y hasta llegó a tener un camposanto en su sector central. Tiene su hermosa capilla y el servicio religioso correspondiente y como si todo esto no fuera suficiente para señalar la formidable amplitud y extensión de sus servicios, entre 1835 a 1857 tuvo una escuela*”.⁽²⁹⁰⁾ Como señala Pedro Carasa, analizando el caso español, las funciones de socorrer y recluir se destacan sobre el del improbable objetivo de curar.⁽²⁹¹⁾ Los protagonistas centrales, o sea los enfermos, eran poco más que un objeto –en palabras del Dr. J. Lockhart una “*cosa*”– en razón de que “*Internarse en el Hospital era la expresión de la situación más inferior y deprimente de los sectores desposeídos*”.⁽²⁹²⁾

La pobreza de respuestas terapéuticas existente en las primeras etapas del hospital se expresaba en las importantes tasas de mortalidad resultante. El avance de los medios terapéuticos no significará una sustancial mejora en un principio y será gradualmente obtenida a partir de la utilización del cuerpo de los infortunados que llegaban a golpear a sus puertas. Atendiendo estas cir-

(289) Piñeyro del Campo, Luis: “Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Sus establecimientos y servicios en 1905”. Imprenta Nacional, Montevideo, 1905.

(290) Lockhart, Jorge: “La historia del Hospital Maciel”. Editora de Revistas, Montevideo, 1982.

(291) Carasa, Pedro: “El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual”. Universidad de Valladolid, 1985.

(292) Lockhart, J.: “La historia del Hospital Maciel”. op. cit.

cunstancias no resultarán extrañas las fuertes resistencias para internarse que planteaban todos aquellos que tenían medios físicos suficientes para oponerse. "Lugares para morir", así percibidos por los comunes mortales, quienes no erraban tanto en su juicio si consideramos que varios economistas de la época llegaron a cuestionar los gastos que significaban alimentar y cuidar a los enfermos.⁽²⁹³⁾ Este juicio –fuertemente combatido por clérigos y filántropos ilustrados– refería explícitamente al posible quiebre moral que significaba asistir a seres improductivos por la exclusiva razón de ser pobres en los asilos públicos. Lo subyacente del discurso era posiblemente el cuestionamiento a la inutilidad del gasto de hacerse cargo de seres portadores de enfermedades que –sin terapéutica eficaz conocida– estaban condenados irremediablemente.

Al igual que en otras realidades, el funcionamiento del Hospital y la posibilidad de ampliación de servicios y su financiamiento estuvieron –en gran medida– sujetos a los vaivenes políticos. La estrecha y ambigua relación de los actores protagonistas de la administración de los servicios asistenciales con las autoridades de gobierno consta frecuentemente en los documentos analizados. El Hospital fue el fiel correlato de la suerte política que corría paralelamente la "Hermandad de Caridad" responsable de su gestión. Hasta su disolución en 1843, las diversas instancias políticas y el estado de guerra permanente no resultaron ajenos a una estructura nacida al abrigo del "calor de la piedad". El establecimiento, se afirma, debería evolucionar "amoldándose a las épocas y a las exigencias de una población creciente"; en algunas épocas contando con el auxilio, pero en otras también "sometiéndose" a la autoridad de los Poderes Públicos, modificando sus estatutos "cuando las circunstancias lo requirieron". De acuerdo al Dr. Luis Piñeyro del Campo: "Al través de todas las alternativas porque pasó este pedazo de tierra, sucesivamente gobernación española, conquista inglesa, provincia argentina, dominación portuguesa y brasilera, presa de internos bandos, la Hermandad de Caridad vivió, llena de vigor unas veces, ignorada otras, extinguida y malamente sustituida en ocasiones, recibiendo los golpes de todas las calamidades y siendo reflejo de las épocas de prosperidad, que alternativamente azotaban ó iluminaban la Nación".⁽²⁹⁴⁾

(293) *ibidem*. En igual medida los aportes realizados por la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis se proporcionaban frecuentemente a "desgraciados" de "existencias destinadas fatalmente a desaparecer en perentorio plazo". La Tuberculosis. Memoria de 1904.

(294) Piñeyro del Campo, L.: "Comisión Nacional de Caridad..." op. cit.

2. El azaroso camino del dolor a la salud

La crónica del proceso social que posibilitó la transformación de esta institución sinónimo de "Casa del Dolor"; sin un contenido medicinal manifiesto, en una institución sustancialmente diferente hacia comienzos de siglo (Casa de Salud) con pretensiones de un tratamiento científico especializado de las enfermedades y espacio de prevención de epidemias, permite ilustrar los múltiples espacios de disputa ideológica que intermediaron —estrechando algunas veces, siendo fuerza impulsora otras—, el alcance de las obras de Reforma. Las transformaciones estructurales de índole demográfica y productivas, tanto como las concepciones heterogéneas en el plano de las ideas acerca de las obligaciones y límites de la intervención colectiva sobre los individuos; disputas entre los espacios de gestión religiosa y los descubrimientos científicos; confrontación entre los partidarios de una administración local y una nacional y las fuentes para el financiamiento, fueron algunos de los elementos que impregnaron el funcionamiento de los hospitales.

La obra de profunda mutación en varios planos (edilicia, administrativa, terapéutica) realizada en el corto espacio histórico de una generación, se expresa también en el cambio de expectativas: de la desesperanza situada en el modesto y triste rol de "*consuelo espiritual*" terminal del condenado; recogerá luego la bandera activa, militante y optimista de un vasto programa de higiene, moralización y prevención de la muerte colectiva por intermedio de la fundación de hospitales, asilos y casas-cunas como instrumentos del nuevo concepto de salud pública. Esta transformación se hace patente cuando, hacia fines de siglo, este escenario natural de las tragedias humanas e impotencias científicas se inunda de acción. Los múltiples errores, pero también algunos aciertos científicos impregnan a los reformadores de una desmesurada confianza que altera la configuración de lo posible: "*un siglo no se equivoca de esa manera*" proclamaba un médico infundiendo ánimo y exigiendo aplicar los todavía inciertos adelantos medico-higienistas para conquistar un mundo más saludable.⁽²⁹⁵⁾ Este proceso representa también una transmutación de sentimientos colectivos que llevan de la piedad personal a una difusa conciencia del deber; al tiempo que se construyen nuevos derechos, se exigirán nuevas obligaciones.

(295) Soca, Francisco: "Selección de discursos". op. cit.

El cambio en las formas de subsidiar las obras y servicios resulta uno de los singulares indicadores de este proceso: las limosnas voluntarias recogidas para "*hacer bien por el alma del pobre que sacan a ajusticiar*", comienzan a perder significación en el volumen total del presupuesto. Si bien nunca se dejaron de lado las iniciativas privadas, el financiamiento se realizará por impuestos impersonales y obligatorios que caracterizarán la obtención de recursos de los Estados modernos. Al mismo tiempo, el sitio piadoso cambia de personal; en conflictivo recambio, los benefactores de la época que se inicia serán los "*altruistas hombres de ciencia*". En realidad —desde nuestra perspectiva histórica actual— funcionarios públicos asalariados que obtienen, a partir de 1875, el título universitario en la recién fundada Facultad de Medicina y se hacen de su cargo por medio de la competencia en un concurso público.

La disolución material de la *Hermandad* mantiene cierta continuidad con la influencia todavía perdurable en la cosmovisión hospitalaria, que guía el período intermedio de la *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia* (1889); con la creación, ya entrado el siglo XX, de la *Asistencia Pública Nacional* (1910), será que maduren nuevas concepciones sanitarias y se construyan los nuevos protagonismos sobre la asistencia pública. En algunas ocasiones los grandes hitos históricos pueden reflejarse en las denominaciones adoptadas; en este caso el mejor testimonio de las influencias a las cuales estuvieron sometidas las instituciones resulta significativa: la católica Cofradía de la Hermandad de San José y Caridad, deja de ser Cofradía y Hermandad para asumir la menos comprometedora definición de Comisión y, aunque no renuncia a la Caridad admite Beneficencia Pública, aunando la influencia del catolicismo y masonería en un momento histórico de transición.

Hacia el año 1910, los hombres de gobierno —conformado en importante proporción por médicos y masones— mediante dos decretos ya han expulsado al personal religioso y erradicado los crucifijos de los hospitales, entre otras iniciativas secularizadoras. Se ha consolidado —no sin fuertes oposiciones como fuera ya señalado— una nueva fe laica, tanto como la confianza en la fuerza material del Estado. La Ley que crea la Asistencia Pública Nacional proclama —ya fuera del campo de la caridad y la beneficencia— que toda persona pobre tiene un nuevo derecho: la asistencia por cuenta del Estado.

Proclamar un derecho implica crear una infraestructura para satisfacer las nuevas demandas: las obras se multiplican, diversifican y requieren nuevo personal técnico. La creación de instituciones específicas para el tratamiento de las diversas patologías sanitarias y sociales, se aprecia en la acelerada construcción, hacia fines de siglo, de hospitales para enfermos comunes, crónicos,

hecho en toda la amplitud de sus necesidades estrictas, y siempre gratuitamente, sin perjuicio de imponerle su reembolso si de las investigaciones que se practican resulta que está en situación de hacerlo”.⁽²⁹⁷⁾

El proceso fundacional de Hospitales: “el bálsamo bienhechor de la caridad”.

“De modo que de las casas que la Comisión administra, puede decirse propiamente que amparan al hombre en su infancia, le educan y vigilan en su niñez, le dirigen en su juventud, le asisten en sus dolencias en toda edad de la vida, le hospitalizan cuando temporaria ó definitivamente su inteligencia se obscurece, le asilan y aíslan cuando su mal constituye un peligro para sus semejantes, y le dan lecho y hogar cuando definitivamente cae rendido al peso de las enfermedades ó de la miseria”. Este vasto programa de protección –y control– enumerado por Piñeyro del Campo en el año 1905, delineaba el plan que pretendía atender las múltiples facetas de una nueva configuración de la cuestión social. Al igual que el precursor Hospital resultaba una obra compleja, y aún más cuando a partir de 1910, estos objetivos se proclaman como un nuevo derecho de los indigentes.

Al mismo tiempo que el país intensifica un proceso de modernización productiva, crecen las demandas por hospitales, asilos y manicomios. La complejidad de los males sociales se torna evidente para los contemporáneos. La “paradoja” de Tocqueville se muestra con extremado realismo: los progresos del país generan una demanda creciente por servicios asistenciales. Producto de un conjunto de factores, entre los cuales debe mencionarse el estrechamiento de los lazos de interdependencia, la difusión de noticias por los medios de comunicación y el desarrollo del transporte acortando las distancias, se asiste al nacimiento de una nueva “sensibilidad” hacia el destino de los enfermos y miserables, que comienza a exigir respuestas que trasciendan las limitaciones de las instituciones heredadas.

Los relativos adelantos del país, se les representan a los contemporáneos acompañados de grandes carencias morales y miserias materiales; la respuesta

(297) Exposición de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública en el 2o. Congreso Científico Latino Americano. En Piñeyro del Campo, L.: “Comisión Nacional de Caridad...” op. cit.

elaborada lleva a que los Hospitales administrados por la esfera pública (que en sentido amplio incluían además asilos de diverso tipo, casas maternales y manicomio) en el espacio de una generación se multipliquen por diez. De las cinco instituciones existentes en 1880, su número hacia 1910 se eleva a 49 en todo el país. Por vía de esta expansión las obras del "*organismo vasto y centralizado*" de la Beneficencia Pública, abría la posibilidad de incrementar el volumen de población que a nivel nacional accedía a los servicios de salud y las prestaciones más amplias que éstos brindaban.⁽²⁹⁸⁾

Este proceso de crecimiento generó expectativas en la misma medida que fuertes oposiciones en diferentes planos y varios fueron los dilemas que debieron enfrentar los reformadores. Los defensores de la expansión de servicios, minimizaron los costos que insumían las obras invocando las razones "humanas" que los impulsaban ó bien argumentarán la tesis de una "inversión" social con capacidad de prevenir males mayores. Sus detractores afirmarían –igualmente– razones de orden moral para cuestionar la asistencia masificada, especialmente cuando no se aplicaban los correctivos que permitieran disciplinar a los pobres. La denuncia de posibles "abusos" de los usuarios ante la oferta de asistencia indiscriminada, son constantes a través de la historia local y universal. A reafirmar esta prédica contribuye el desarrollo de una disciplina de conocimiento que impregna la esfera social de racionalidad económica: "*En nuestro siglo [XIX] no faltaban célebres economistas que reprobaban estos establecimientos porque aseguraban a los holgazanes un asilo durante sus enfermedades y con sus 'cálculos y proporciones' pretendían demostrar nocivas las Inclusas, llamando alguno de ellos en favor de la moral pública a quien consideraban se le tendía un lazo al darle una tierna acogida a los inocentes frutos de su depravación*".⁽²⁹⁹⁾ Más allá del común rechazo expuesto por benefactores y reformistas a los "*cálculos y proporciones*", se torna evidente que algunos supuestos del modelo basado en la antigua caridad plantean el desafío de ser reformulados.

Los costos financieros de la extensión de servicios.

Las respuestas a los "*célebres economistas*" se elaboran a partir de varios argumentos. En algunos casos, recurriendo a sensibilizar por la vía del

(298) Datos de Acevedo, E.: "Anales históricos del Uruguay". op. cit.

(299) Velarde Pérez, F.: "Historia de la Medicina Nacional". Citado por Lockhart, J.: "La historia del Hospital Maciel". op. cit.

pánico—enumerando las “terribles” consecuencias del abandono de los miserables a su azaroso destino— a los miembros de las clases superiores; en definitiva de sus aportes financieros dependía, en buena medida, que las obras continuasen su crecimiento. De la vigencia de esta formulación nos brinda un testimonio el Dr. Mateo Legnani, quien sostiene que la labor de los hospitales podía ser considerada una inversión, en la medida que evitaba toda la “cuesta abajo” de los enfermos: *“Fácil es imaginar todo el mal que producirían los enfermos que hoy ocupan los hospitales y asilos, si estuvieran desamparados. No me limito a recordar a los de los manicomios. Me refiero a los de todas las clínicas. Los que no murieran enseguida, cerradas ante ellos todas las vías de existencia honradas por carecer de condiciones, se lanzarían al vicio, a la vagancia y sus secuelas, a la inmoralidad, al crimen, toda una cuesta abajo”*. De lo anterior concluía que *“los hospitales y asilos realizan por lo menos tanto bien como el de las multas y cárceles”*.⁽³⁰⁰⁾ El “bien” que producen los hospitales—no en vano asimilados al bien represivo—recogió a lo largo de su historia esta ambigüedad de motivaciones: no se podía renunciar a ellos sin elevados costos y tampoco podían brindar una buena asistencia sin algún costo para sus huéspedes, bajo el riesgo de que un importante volumen de miserables optase por residir permanentemente en ellos.

Una opción que también estuvo presente era sensibilizar a los poderes públicos—los crecientes financiadores de los servicios— sobre una obra que normalmente pasaba desapercibida, porque justamente existía. Su real dimensión sólo se vería a través de las consecuencias sociales que la eliminación de ella supondría: *“La obra de la Beneficencia Pública no es, por lo general, brillante, ni se produce con estrépito; habitualmente nadie la percibe, sino los que requieren estrictamente sus auxilios. Pero sería muy útil que todos de vez en cuando, y especialmente nuestros hombres públicos [...] visitaran los Establecimientos de Caridad, para que se dieran cuenta exacta de las necesidades socorridas y de los males y miserias que por ellos se evita; para que formaran convicción personalísima del enorme gravamen que pesaría sobre la sociedad y de los trastornos que en ella se producirían, si por un momento cesara de marchar ordenadamente ese gran organismo de la Beneficencia Pública, ó si no fuera posible prepararlo con prudente previsión para funcionar con la amplitud creciente que imponen los progresos del país”*.⁽³⁰¹⁾

(300) Legnani, M.: “Catecismo de higiene”, op. cit.

(301) Piñeyro del Campo, L.: “Comisión Nacional de Caridad...”, op. cit.

Los cambios en el financiamiento asistencial.

La emisión de billetes de Lotería alcanzó a \$ 3.610,000 en 1884 y a 3.178,000 en 1885, reteniendo el público 3.205,042 en el primer año y 2.506,942 en el segundo. Este descenso había empezado con mucha anterioridad, repercutiendo como es natural en forma dolorosa sobre los establecimientos de caridad que tenían en la Lotería su única fuente de recursos.

La Asamblea dictó en 1898 una ley por la cual se creaba el Tesoro de Caridad con los siguientes recursos: El producto de una patente adicional a las compañías de seguros; el arrendamiento del Registro de Embargos; el producto de la licitación de las Capatacías de Aduana; el producto de la licitación de la pesca de anfibios; el impuesto de faros; el 1% sobre todos los pagos que hicieran las oficinas públicas; el producto de la lotería.

Los Estados Generales de la Contaduría de la Nación correspondientes al ejercicio 1902/1903, fijaban los ingresos de la Caridad en \$ 1.247,555 destacándose las siguientes fuentes tributarias: Lotería, 594,428; descuento del 1% sobre los pagos, 104,977; pesca de anfibios, 32,000; donaciones y legados, 30,697; rentas de faros; 46,814; compañías de seguros, 14,397; boletos de sport extranjero, 13,519.

Acevedo, Eduardo: "Anales Históricos del Uruguay". Tomos IV y V.

La "sensibilización" de las clases dirigentes y los poderes públicos, por parte de los administradores de la beneficencia será una práctica recurrente. En la medida que el "progreso" presentaba el efecto inesperado de requerir la extensión cuantitativa y la especialización institucional de los servicios asistenciales, también demandaba cada día mayores recursos y la consecuente expansión de la base de aportantes. Las apelaciones al altruismo de los privilegiados y las demandas de recursos públicos ocupa un espacio importante en los esfuerzos de los reformadores, quienes deben enfrentar el dilema de colocar la administración en el ámbito local o nacional.

Los pretensiosos objetivos que se proponía abordar el aparato institucional que desde 1886 administraba la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública, apenas se mantiene tres años bajo el dominio municipal. En el año 1889, ésta —no sin fuertes polémicas— pasó a ser una institución de alcance "nacional". Durante

todo el período histórico anterior, la Dirección del Hospital había alternado, de acuerdo a las circunstancias políticas y financieras, entre una administración municipal (Juntas Económico-Administrativas) ó Comisiones de Caridad nombradas directamente por el gobierno. De acuerdo a H. Kruse estas Comisiones Honorarias eran las que "aseguraban la marcha ordenada de la beneficencia pública"; no obstante los positivos antecedentes de la gestión local, el definitivo alojamiento de los establecimientos públicos de asistencia bajo la órbita del gobierno nacional vino a reconocer una nueva realidad: la especialización y extensión de servicios comenzaba a tener costos que excedían las capacidades locales.

La mayor especialización de los hospitales para la atención de patologías de diversa índole, que los adelantos en el campo de la medicina y la higiene sugerían con firmeza, implicará una separación de los usuarios en los establecimientos. Mayor número de locales y más personal en los servicios son la consecuencia inmediata. A este aspecto se suma el importante volumen de inmigrantes y el lento desarrollo de obras hospitalarias en el interior del país, dando como resultado un desequilibrio profundo entre la disponibilidad de recursos locales y la pretendida asistencia de alcance nacional. Los inabordables costos a nivel de la administración municipal de la capital, rápidamente sepultaron los intentos de gestión local. Hacia 1905 para el Dr. Piñeyro del Campo: "*Los hechos, pues, se imponen. Si los establecimientos de Caridad de Montevideo tuvieran carácter meramente local, se vería su Municipio en la precisión de pagar con sus rentas la asistencia de la casi totalidad de los necesitados de la República*".⁽³⁰²⁾

Un problema adicional estaba representado por la importante proporción de extranjeros asistidos. Estos inmigrantes representaban una oportunidad para el desarrollo del país entero. Visualizados como constructores de la riqueza nacional —y en la medida que la puerta de ingreso era Montevideo y allí se afincaba al comienzo la mayoría de ellos— los costos que pudieran generar, no podían ser financiados apenas por los vecinos de la capital. La razón de Estado traducida en política inmigratoria que promovía su llegada, debía asumir las consecuencias financieras de asistirlos frente a las adversidades. La "nacionalización" de los servicios públicos de salud ofrecidos en Montevideo se vio impulsada —entre otras razones— por la necesidad de dar cobertura asistencial a sus recién llegados pobladores.⁽³⁰³⁾

(302) *ibidem*.

(303) Según datos extraídos de Acevedo, E.: "Anales históricos del Uruguay", durante el período analizado promedialmente las tres cuartas partes de los asistidos eran de nacionalidad extranjera.

Asistencia y estigmatización

Desde el viejo hospital de la Caridad que recogía a los peores desechos humanos, las distintas épocas del desarrollo asistencial-hospitalario muestra abundantemente como la estigmatización y las diferentes formas de mortificación del cuerpo y del alma estuvieron presentes. La preocupación por la moral de los asistidos y una genérica intromisión en su mundo privado, el control de que los asilados efectivamente no estuvieran en condiciones de trabajar, la indagación de las condiciones económicas de los enfermos para que no eludieran el pago de la asistencia si estaban en condiciones de hacerlo, probablemente fueran también algunos de los requisitos necesarios para hacer posible el mantenimiento y ampliación de los servicios. Esta disponibilidad de instituciones asistenciales representan, cada vez en mayor medida, una oportunidad de sobrevivencia a sectores más amplios de la población: pobres, enfermos, pero también ancianos, huérfanos y alienados.

La alquimia de la distribución de los costos financieros deberá considerar varios elementos y establecer los equilibrios. El dilema generalmente se resolvió por la vía de prestar asistencia a cambio de la habilitación y aceptación por parte del asistido de alguna forma de control sobre su vida. La fórmula pretendía inculcarles los valores de trabajo, sanidad y moral que, por otra parte, eran los propios de aquellos que en gran medida financiaban el funcionamiento de la asistencia. Un ejemplo de las motivaciones y temores que subyacían en la fundación de los servicios asistenciales se puede observar a través del proceso seguido por éstos en el interior del país.

3. Dilemas de la acción colectiva: los hospitales en el interior del país.

En el último cuarto de siglo las epidemias extienden sus consecuencias hacia las pequeñas villas del interior "*causando tantas o más muertes que los enfrentamientos civiles de los caudillos blancos o colorados*".⁽³⁰⁴⁾ De allí que el consenso hacia la toma de decisiones y la búsqueda de recursos necesarios para efectivizar las soluciones se aceleren. Si bien es posible entender que en algunas circunstancias el "miedo colectivo" estuviera magnificado por los propagandistas en función de intereses personales (eventual apertura de un "*mercado de la salud*"), el "páni-

(304) *ibídem.*

La Lotería de la Caridad y los Recursos Asistenciales

Año	Total de Ingresos	Lotería Caridad	Porcentaje s/ total
1890	1.052.867	698.180	66,3%
1891	727.814	505.127	69,4%
1892	848.621	613.088	72,2%
1905	1.341.380	571.821	42,6%
1906	1.379.155	649.351	47,1%
1907	1.561.568	715.905	45,8%
1909	2.098.434	900.452	42,9%
1912	3.328.159	1.371.762	41,2%

Elaboración propia en base a datos de: Acevedo, E: "Anales Históricos del Uruguay".

co" estaba sustentado, evidentemente, en hechos concretos. Difundidos por la prensa ó por el contacto directo en relaciones interpersonales cotidianas, resultaba difícil desconocer los resultados trágicos que podían resultar del "traicionero ataque de la peste". La prensa del interior del país difundía ese aspecto dramático. A modo de ejemplo se puede citar el editorial publicado por un periódico de la ciudad de Florida en el año 1883 que puede considerarse como paradigmático de los temores presentes en la época, y el tipo de reacción que promovía: "*Hemos tenido ya ocasión de ocuparnos de la apremiante necesidad que existe en esta localidad de crear un asilo en donde pudieran atenderse los menesterosos atacados de enfermedades contagiosas a fin de preservar a la población de las terribles consecuencias de una epidemia y no ser diezmados como el año anterior por el terrible flagelo de la viruela, debido en gran parte a la incuria de las autoridades respectivas, permitiéndose que en el mismo centro del pueblo se murieran uno a uno toda una familia, sin tomar las medidas enérgicas que en tales casos se requieren. La necesidad de una casa para hospicio se hace cada vez más sensible*".⁽³⁰⁵⁾ El drama de la "muerte uno a uno de toda una familia", producida en el "centro del pueblo", no debió pasar desapercibida para el conjunto de habi-

(305) "El Estanciero". 7 de junio de 1883. Recogido por Kruse, Herman: "Las Damas de la Caridad...", op. cit.

tantes en una pequeña ciudad. Los *"menesterosos atacados de enfermedades contagiosas"*, como se ocupa el editorial en destacarlo, representan un peligro colectivo. Temor que naturalmente se amplifica si el contorno de la epidemia no encuentra respuestas terminantes de parte de un conocimiento científico aún insuficiente para definir causas, consecuencias e itinerario futuro de la enfermedad. De allí que sea posible afirmar que la apertura de un promisorio "mercado de la salud" en términos de oportunidades para un conjunto de administradores, políticos, profesionales, técnicos y reformadores, se fundaba y legitimaba en la cíclica aparición también de un "miedo sensato" como consecuencia de experiencias reales vividas. El grado de racionalidad de las opciones que promueve el periódico se funda en palpables condiciones. No extraña que se convoque con urgencia a *"que el Municipio, secundado por la población inicie los trabajos consiguientes para obtener recursos con que sostener, aunque sea en modestas condiciones, un hospicio en los suburbios de la población"*.

Si analizamos la iniciativa propuesta bajo el signo teórico del control social, es posible ubicar varios elementos en esta dirección. Oportunidades para el ejercicio del poder político local, posibilidad de reivindicar prestigio social mediante contribuciones monetarias, expresar el conocimiento de alguna rama técnico-profesional y aún se puede señalar el desembozado propósito de desalojar las epidemias del "centro" de la ciudad. No obstante lo expuesto, también es posible entender este proceso como un complejo entramado de intereses y temores reales —y posiblemente hasta sentimientos altruistas sin un específico interés— ante el desafío que imponían las ingobernables epidemias al escaso conocimiento disponible.

Asimismo la fundación de un Hospital requería importantes recursos y, cabe destacar, no siempre fueron coincidentes los intereses de los actores públicos y privados, ni de los privados entre ellos, y por la particular división política del país entre "bandos", ni siquiera de las autoridades públicas locales y nacionales. Como señala H. Kruse: *"la fundación de hospitales y asilos de huérfanos no fue un simple acto de decisión de las autoridades sino un largo proceso dividido en distintas etapas, en las cuales intervinieron el sector privado (caballeros y damas de beneficencia) y el poder público a través de las Juntas Económico-Administrativas locales"*.⁽³⁰⁶⁾ En algunos casos —y dependiendo de la ecuación política local— también se contó con una decisión del

(306) De acuerdo Herman Kruse este proceso generalmente se dividía en varias fases que incluían: la decisión de hacer un hospital, la formación de comisiones de beneficencia, la compra del terreno, la colocación de la piedra fundamental y una inauguración parcial u oficial.

gobierno central, ayudando a esas Comisiones de Caridad a recaudar fondos bajo la forma genérica de imponer un impuesto al abasto de carne.⁽³⁰⁷⁾ Los débiles recursos de los gobiernos departamentales van a requerir la organización y la colaboración de las elites locales, generalmente vinculadas a la Iglesia Católica.⁽³⁰⁸⁾ El editorial del citado diario enuncia el programa a desarrollar para conseguir los fines e ilustra sobre un proceso fundacional de los Hospitales con similares características en todo el interior del país: *"Los medios para conseguir este fin ya los hemos indicado anteriormente, diciendo: que lo procedente en este caso sería que la Junta tomando la iniciativa, nombrase una Comisión de Beneficencia, compuesta de señoras respetables que se encargasen de la recolección y administración de fondos, creyendo que no en balde se llamará a los sentimientos filantrópicos de nuestras matronas, dispuestas siempre con esa proverbial generosidad que las caracteriza a amparar al desvalido y derramar a manos llenas, en el hogar del necesitado, el bálsamo bienhechor de la caridad"*.

El funcionamiento orgánico de Comisiones para la administración del *"bálsamo bienhechor de la caridad"*, requirió que a poco de fundadas establecieran un estatuto ó reglamento. Generalmente estos estatutos destacaban que los fines y propósitos eran:

- * Administrar la caridad de todos los menesterosos de la localidad, socorriéndolos con los recursos necesarios para su alimentación y vestido y atender con los medios de que pueda disponer a la asistencia médica de los mismos.
- * Proponer por los medios a su alcance para que los pobres que sean aptos para el trabajo se dediquen a él.

(307) La particular configuración política del Uruguay en este período, hacía que el país estuviera gobernado por "bandos" casi autónomos y en consecuencia la evolución de las obras dependiese de la específica ecuación política local. Las quejas del citado periódico "El Estanciero" reflejan esta realidad: *"Hasta ahora no hemos tenido conocimiento alguno del resultado de la propuesta del señor Enciso, presentada al Superior Gobierno sobre enajenación de una casa destinada a aquel objeto (construcción del hospital), pero y aunque se nos moteje de pesimistas no tenemos esperanza alguna de que aquella propuesta sea bien acogida por el gobierno que poco se preocupa de favorecer los verdaderos intereses del país"*.

(308) Según el referido trabajo inédito de H. Kruse, en el interior del país, escasamente poblado y peor organizado, en términos de servicios primaron tres opciones entre los católicos: la creación de hospitales, la creación de asilos y la creación de escuelas primarias. La acción filantrópica de la masonería, en cambio se centró en el sector educación y a librar algunas batallas ideológicas a través de la prensa; apenas en contados casos intervino en el sector salud.

- * Aconsejar y difundir la moral y las buenas costumbres entre las familias menesterosas que requieran los auxilios de la Sociedad.
- * Propender igualmente a la educación de los menores huérfanos así como de las familias menesterosas.⁽³⁰⁹⁾

Como se desprende de los principios enunciados, se conjugan allí intenciones de diversa índole. En primer lugar sus principales motivaciones se nos aparecen como escasamente relacionadas con acciones orientadas hacia nuestro actual concepto de la salud. Escasas eran las opciones –con el conocimiento científico disponible– para quienes contraían las enfermedades “*incontrolables*”.

Sin embargo, algo menos limitado resultaba el programa de prevención que proclamaban los administradores del sentimiento caritativo. Soluciones esencialmente orientadas a los pobres, estaban restringidas a la exigencia de una vida moralmente saludable y “*propender por los medios a su alcance*” a que los pobres aptos se dediquen al trabajo.

Más que curar (en algunas enfermedades un esfuerzo aún utópico), la ambición era prevenir los males sociales que devienen de “*vivir en el error*”. La intención de cambiar la situación de indigentes y enfermos, probablemente fuera tan fuerte como débiles los instrumentos disponibles para alcanzar estos objetivos. Las dos grandes metas de las “*damas de la caridad*” y “*caballeros de la filantropía*” a nivel local, quedaron entonces limitadas a la búsqueda y administración de recursos, y a difundir entre los pobres la idea de que sus comportamientos suponían consecuencias terribles para el conjunto de la sociedad. El cumplimiento de ambas expectativas planteará un problema de acción colectiva, donde costos y oportunidades de ofrecer/aceptar ayuda se relacionaban también con dilemas morales. Para la clase superior el temor que generaba el surgimiento de un posible foco epidémico, se traducía en la disyuntiva de colaborar ó abstenerse de las soluciones. La primera opción suponía un costo, pero renunciar significaba exponerse a las consecuencias que la propagación de las enfermedades imponían al conjunto. En el mismo sentido, la prescindencia se entendía como un incumplimiento del deber que implicaba la posesión de riqueza, en definitiva una “*ausencia de moral*” de la clase dirigente, probablemente –y aun en mayor medida– en comunidades poco numerosas- tan censurable pública y privadamente como la que representaban con su estilo de vida “*erróneo*” los pobres en el otro extremo de la escala social.

(309) Kruse, Herman: “Las Damas de la Caridad...”, op. cit.

Para los pobres, aceptar la ayuda no suponía un mero acto de reconocimiento gratuito; en este sentido la *"difusión de moral y buenas costumbres"* sin duda resultó una experiencia impuesta y agresiva. Concientes ó incrédulos de la realidad del discurso que adjudicaba a sus comportamientos el origen del peligro, las posibilidades de los indigentes eran limitadas: renunciar a las oportunidades que el auxilio suponía ó asumir sus costos.

Para las Comisiones de Caridad que se conformaban, la imagen colectiva creada en torno a las epidemias —ya fuera sustentada en situaciones reales ó en una "creencia" desmesurada respecto a las probabilidades ciertas de extenderse— poseían igualmente consecuencias concretas. Representaba un buen recurso, tanto para lograr apoyo material de quienes indirectamente se podían ver afectados por las consecuencias, como para exigir un programa de moralización de la pobreza voluntariamente aceptada ó en su defecto impuesta por la fuerza pública en casos extremos.

Las frecuentes epidemias —o la inminencia de su amenaza— sirvieron como acicate legitimador. Ya sea convenciendo y/o imponiendo a los dos extremos de la escala social el programa de reforma de estas Comisiones de Caridad y Beneficencia; como acelerando las construcciones, que evolucionaban en proporción directa a la gravedad de la epidemia y las muertes que provocaba. Todos los acontecimientos que pudieran servir para aportar fondos (bazares, kermesses, rifas, conciertos y suscripciones, etc.) a las arcas de las Comisiones eran aprovechados al máximo. Estos eventos públicos de amplia difusión en el medio local, viabilizaban alcanzar objetivos materiales y simbólicos. Los círculos de influencia de las ideas piadosas-higienistas se ampliaban, al tiempo que la conquista de nuevas voluntades significaba la posibilidad de incrementar los recursos económicos disponibles.

Un segundo elemento de análisis se desprende de los objetivos de los citados estatutos. Al igual que en Montevideo, la administración de los hospitales era responsabilidad de estas Comisiones de Beneficencia, a veces ampliadas con la presencia de autoridades políticas locales (Jefe Político, el Presidente de la Junta E. Administrativa, el Juez Letrado Departamental) cuando era necesario resolver el destino de los fondos provistos por las leyes de impuestos al abasto de carne. En algún caso esas Comisiones nombraron un "ecónomo" y en otros, donde la influencia de la Iglesia era más fuerte, la administración le fue entregada directamente a alguna orden de Hermanas de Caridad. Como se puede apreciar es notorio que, todavía, la dirección de los hospitales no era responsabilidad prioritaria de los médicos, quienes ni siquiera tenían asignada en forma definida su inserción profesional. No pasaría mucho tiempo para que

la extensión de obras se acompañara de demandas por una especialización de la intervención y se tornara en un campo de disputa.

En el Uruguay del siglo XIX los ciclos epidémicos prosperaron en varios períodos. Sólo cuando se empieza a consolidar el método experimental y éste obtiene los primeros éxitos –en muchos casos provenientes de factores aleatorios– se dan las condiciones para que la racionalidad empirista conquiste espacios. La “invasión” medicinal de las estructuras asistenciales ya edificadas marcará la segunda época de las luchas sanitarias. Combate librado en dos frentes paralelos, contra los agentes causantes de las enfermedades y entre diferentes cosmovisiones científico-ideológicas.

4. La modernización hospitalaria: especialización y nacionalización

“El Dr. Enrique Castro, médico del Manicomio, hombre distinguidísimo por su saber y altruismo, murió en 1901. Al pasar su féretro por frente al Manicomio, aparecieron los 300 enfermos que allí se asistían y arrodillándose, entonaron preces por su benefactor”.⁽³¹⁰⁾

La historia recoge hechos menores pero singulares que permiten ilustrar las coyunturas. Orden administrativa ó verdadera congoja, no deja de llamar la atención la mezcla de cordura-locura, expresada en la procesión laica realizada en honor al “altruismo” del “hombre de ciencia” convertido en “benefactor” de los dementes asilados en el Manicomio Nacional. Es que con el nuevo siglo se dan cita un conjunto de ambigüedades, que tornan viable síntesis inimaginables poco tiempo antes. Al representante por excelencia de la racionalidad que comienza a imperar, se le recuerda no sólo por su “saber” sino por la “altruista” aplicación realizada. Posiblemente estas invocaciones que contenían una buena dosis de religiosidad-racionalista resulten apropiadas para ilustrar sobre la transición experimentada en la época: un conocimiento empírico-racional todavía débil; legitimado por principios religiosos que si bien estaban en retirada, todavía eran fuente de inspiración y legitimación social. De todas maneras, a corto plazo, la avasallante fuerza del espíritu positivo, permanentemente alimentado por los descubrimientos científicos alcanzados y el desarrollo de mejores medios técnicos, resulta el claro vencedor de la contienda.

(310) Acevedo, E.: “Anales históricos del Uruguay”, op.cit.

Este clima cultural representa uno de los factores gravitantes para introducir cambios, que transformarán la fisonomía del Hospital hacia una faz reconocible en la actualidad. Pocos elementos en común tienen éstos con los desvelos de los Cofrades de la Caridad por crear un espacio donde brindar "hospitalidad" cristiana y recoger exclusivamente los productos extremos de las miserias humanas en tránsito a una segura muerte.

La nueva cosmovisión acompañada de técnicas de tratamiento más efectivas que las anteriores, empiezan a tomar obsoleto el antiguo destino del Hospital; no obstante esta realidad, igualmente se le debe rendir tributo al "viejo" Hospital de la Caridad. Tanto por haber sido la "*matriz fecunda*" para la posterior creación de un vasto dominio de instituciones y prácticas, como por haber enfrentado a los "economistas" opositores al desmesurado gasto que representaban. Es posible —incorporando esta perspectiva— ubicar un factor para entender la aparente contradicción entre racionalismo y renovación del contenido piadoso-humanitario.

Los cambios afectarán procedimientos administrativos e intereses personales y corporativos heredados. En un plano más general, la transformación también alcanzó a las propias ideas que los contemporáneos tenían sobre los problemas sociales y las vías para resolverlos. Inevitablemente entonces, generarán resistencias. La nueva configuración de los servicios asistenciales empiezan a conjugar los intereses y desvelos de los hombres de ciencia y gobernantes, quienes no deslindarán totalmente las referencias a una inevitable "moralización", aunque ésta había sido redefinida en términos acordes al nuevo programa médico-higienista.

En este período el Hospital continuó siendo una institución básicamente destinada a los pobres —los ricos se asistían a domicilio a través de los médicos de familia— y entre sus objetivos subsistió la idea de velar por el mantenimiento de los principios del orden social; en definitiva prevenir y curar las "*prácticas erróneas*" de los pobres que atendía. De todas formas, el proceso de especialización profesional comienza a afirmar el avance de nuevas concepciones sobre la asistencia, donde se inserta un ideal de salud que trasciende las culpas metafísicas para ir al encuentro de causalidades comprensibles para los profanos. Como ya fuera señalada la necesidad de moralización de costumbres "bárbaras" es un llamado principalmente orientado hacia los pobres, pero extensivo a todos los sectores sociales. El incremento de los mensajes y las recomendaciones por parte de profesionales de la salud sobre las complejidades que la cuestión sanitaria planteaba, puede ser analizada como un programa de "medicalización" de la sociedad por parte de un cuerpo de expertos con intereses propios en el tema.

"*Herir la imaginación del pueblo*" proclamaban los reformadores desde las tribunas que numerosas se abrían para inducir la adhesión a un nuevo conjunto de preceptos higienistas.⁽³¹¹⁾ Las exageraciones para amedrentar a una "*ignorante y prejuiciosa*" población resultaron un recurso ampliamente utilizado, que debe contextualizarse en las bases reales de las experiencias vividas: el exponencial desarrollo de los medios de comunicación recogían además del discurso filantrópico alimentando el temor, las noticias y los datos disponibles sobre la mortalidad que provocaban las epidemias. Las pestes contagiosas se presentaban como "*el pánico en estado puro del siglo XIX*", representando en el imaginario colectivo una muerte que trasciende el drama individual y se transforma en tragedia colectiva. Esta eventual "medicalización" de todas formas alimentó también otros procesos no planificados y de resultados inciertos. Por lo pronto, supuso imponer un cambio en los objetivos y funcionamientos de las instituciones que abrieron nuevos dilemas a la acción colectiva. También asociaron el bienestar común y el grado de "civilización" de un pueblo, a la suerte corrida por los demandantes de asistencia. En 1903 se afirmaba: "*Y no solamente hay que ampliar los establecimientos existentes sino que hay que pensar en los de distinto orden que ya reclaman la naturaleza de nuestra población, su rápido crecimiento, las tendencias modernas y el bien del Estado. Casi no hay país civilizado en que no existan varias Casas de Maternidad, en que no haya institutos de sordomudos y de ciegos, y asilos especiales para niños de corta edad*".⁽³¹²⁾ El impulso reformista significó que una proporción mayor de población se encontrara con una nueva posibilidad: la antigua interpretación de sus problemas como inmoralidad, falta de previsión y desadaptación al mundo moderno, fueron apreciados y clasificados por el conocimiento emergente como un problema que, además, contenía un aspecto médico. Y si se quiere aún más importante para el destino personal, se anunciaron como un problema que involucraba a toda la sociedad y en consecuencia ésta debía "hacerse cargo" de ellos.

En síntesis, el enfoque tradicional que la cosmovisión católica otorgó al Hospital, combinó en dosis diversas tanto el principio de un "servicio" hacia el prójimo y caridad ante el sufrimiento humano, como una causalidad centrada

(311) Soca, Francisco: "Selección de discursos", op. cit.

(312) Piñeyro del Campo, L.: "Comisión Nacional de Caridad..." op. cit.

en la idea de culpabilizar al miserable por las consecuencias que devenían por vivir en el pecado.⁽³¹³⁾

El nuevo discurso redefinió un problema exclusivamente "moral" en categorías impregnadas de una racionalidad científica, que si bien en algunos casos contuvo gruesos errores, estuvo sujeto a revisión y posteriores replanteos. La intervención del personal médico como el nuevo experto en las enfermedades del cuerpo, elabora a medida que sus prácticas se hacen más efectivas, una conceptualización que se torna excluyente de otras interpretaciones sobre las enfermedades. Los males del cuerpo podían ahora traducirse en leyes comprensibles y gobernables por una terapéutica incompatible con los procedimientos anteriores. El proceso de introducción de nuevas técnicas auspiciará un notorio cambio en las funciones y formas que la asistencia hospitalaria presentaba en el país, introduciendo también una fuerte disputa entre "antiguos" administradores y los doctos aspirantes a sucederlos.

5. El cambio en el personal y las prácticas: conflictos planteados por "los ilustres capitanes del progreso"

"Creo en la ciencia y en la paz. Creo que ambas triunfarán de la ignorancia y la guerra. Creo, por lo tanto, que el porvenir es de los benefactores de la humanidad". (Palabras pronunciadas por el Dr. Pasteur en un homenaje realizado en Francia.)

El "credo" de este emblemático hombre de ciencia francés, recogido en la prensa uruguaya a propósito de la llegada del científico italiano Dr. José Sanarelli al país para fundar y dirigir el Instituto de Higiene Experimental, resultan significativas. En el año 1895, las autoridades universitarias habían solicitado la creación de un Instituto con la pretensión de desarrollar un programa de estudios y experimentación en el campo sanitario. Para el Rector de la Universidad, la creación del Instituto de Higiene Experimental representaba:

(313) La labor de los católicos en relación a los hospitales de caridad tuvo características muy particulares como destaca J. P. Barrán. Y aún cuando lo que el autor afirma se refiere específicamente al Hospital de Caridad de Montevideo, es posible considerar que una similar situación se presentaba en los hospitales del interior: "El Hospital de Caridad desde ese momento (se refiere a su fundación en 1788) y hasta las décadas finales del siglo XIX, se combinaron en dosis diversas, religión y ciencia médica, caridad, cuidar y curar. El enfoque católico de 'servicio' al pobre predominó pues lo impusieron casi todas las autoridades que rigieron la vida del Hospital hasta 1880-1890". Barrán, J.P.: "La ortopedia de los pobres", op. cit.

"en nuestra agrupación social la aparición de una defensa valiente y poderosa contra enemigos terribles que han llevado y llevan aún el espanto a los hogares y la ruina de los intereses materiales".⁽³¹⁴⁾ La favorable recepción del poder político hizo posible la contratación del Prof. Sanarelli, construyéndose un establecimiento modelo que convertía al Uruguay en "el primer país de América del Sur" en virtud del personal y los medios técnicos ("aparatos y laboratorios") que disponía.⁽³¹⁵⁾ De acuerdo a sus impulsores, el Dr. Sanarelli iba a encargarse de "estudiar ese mundo infinitamente pequeño, en que se encuentra, según los datos de la ciencia moderna, el génesis de todas las enfermedades; él va a investigar las causas locales que pueden influir en el desarrollo y propagación de los organismos que componen ese mundo".⁽³¹⁶⁾ Un año más tarde, salía de ese laboratorio el anuncio de que el equipo encabezado por el Prof. Sanarelli, había descubierto y aislado el bacilo de la fiebre amarilla. El secular mundo descubierto por vía experimental, construía una nueva religiosidad donde sería posible ubicar –finalmente– la "génesis de todas las enfermedades" que habían aterrorizado a lo largo del siglo. El personal profesional que predicaba el nuevo evangelio comienza a erigirse con una aureola de vocación sacerdotal, la capacidad de observar ese mundo "infinitamente pequeño" antes nunca percibido, debía quedar restringido a los iniciados en el arte de dominar las fuentes de la vida y la muerte.

Los descubrimientos científicos ambientaron un desmesurado optimismo a pesar de las frecuentes fallas –entre ellas el "descubrimiento" efectuado por

La "moral biológica" y la miseria.

La caridad se ejerce porque existe la miseria, y la miseria existe principalmente por el abuso de los que detentan el usufructo de la tierra o explotan el trabajo de los demás. Suprimiendo el abuso, lo cual se cumple con una organización social fundada en la Biología, se hace imposible la miseria e innecesaria la caridad.

Rossi, Santín C.: "El criterio fisiológico". *Tip. Moderna*. 1919.

(314) Acevedo, E.: "Anales históricos del Uruguay". op. cit.

(315) El Prof. Sanarelli, un "inmigrante distinto", puede simbolizar las múltiples interdependencias a las que asombrado asistía el Novecientos. De los puertos italianos -se denunciaba- provenían las epidemias que desembarcaban en el puerto de Montevideo; eventualmente en el mismo barco viajaba un conocimiento para encontrarle solución a la enfermedad.

(316) Acevedo, E.: "Anales históricos del Uruguay". op. cit.

Sanarelli— y contagiaron a los médicos de una omnipotencia que se creyó asimilable al divino poder. Los médicos que ya *“han semidestruido o encadenado un gran número de enfermedades”* ambicionan un programa máximo; *“en un movimiento de suprema piedad social, aspiran a llevar la alegría de la salud y de la vida a los hogares sórdidos de los miserables, de los tristes, de los eternos vencidos de la existencia”*.⁽³¹⁷⁾ Los homenajes públicos se suceden, los estudios y las tareas realizadas por médicos uruguayos en el exterior se destacan como conquistas que colman el orgullo nacional.

Sin embargo, como exponen las fuentes históricas *“no todo eran flores para la Facultad de Medicina y para los médicos. Los homeópatas, sin diploma, se encargaban de poner las espinas”*.⁽³¹⁸⁾ Curanderos, practicantes de diversas especialidades y homeópatas fueron los contendientes en el plano inmediato de la curación directa de los cuerpos. La curación del alma y los vicios sociales más generales —así como la administración de los establecimientos para realizarla— implicará también un fuerte conflicto con los católicos, pero con dimensiones ideológicas más definidas.

En el año 1896 uno de los *“atrevidos”* administradores de exóticas prácticas y perseguido por el Consejo Nacional de Higiene Pública, por ejercicio ilegal de la medicina, monseñor Estrázulas y Lamas, se presentó ante los poderes públicos reclamando una modificación del Código Penal, o en su defecto *“una autorización personal para ejercer la homeopatía”*.⁽³¹⁹⁾ El estupor que plantean algunos médicos habilitados, no se sitúa tanto en el atrevimiento de la solicitud, como en la recepción favorable que tuvo en el Estado. El parlamento concede la autorización y *“lo que es más asombroso”* para el medio científico local, con el voto de *“muchos hombres ilustrados”*.⁽³²⁰⁾

Evidentemente todavía el programa científico higienista no había cumplido su destino manifiesto de conquista de voluntades políticas. Aún en 1910 el diputado y médico F. Soca se veía en la necesidad de afirmar que *“el saber es la suprema imparcialidad”* y por lo tanto *“las cuestiones de medicina deben ser resueltas por los médicos; las cuestiones de derecho deben ser resueltas por los abogados: lo impone el principio de la división del trabajo y la especialización, que es el nervio y la fuerza de las sociedades modernas”*.

(317) Soca, Francisco: “Selección de discursos”, Tomo II. Op. cit.

(318) Acevedo, E.: “Anales históricos del Uruguay”, op. cit.

(319) *ibídem*.

(320) *ibídem*.

HOSPITALES Y ASILOS cantidad de asistidos por año

Hospital de Caridad	Manicomio	Asilo Mendigos	Asilo Exp/ Huérfanos	Casas de Aislamiento	Otros (2)	Total
				(1)		
1877	5.256	420	240	572	-	6.488
1878	4.520	486	238	713	-	5.957
1879	4.606	542	269	682	-	6.099
1880	5.109	399	422	744	-	6.674
1881	4.583	448	457	797	-	6.285
1882	4.171	717	429	755	-	6.072
1883	4.107	740	421	765	-	6.033
1884	3.793	807	434	732	-	5.766
1885	4.111	770	426	699	-	6.006
1886	4.068	744	470	603	-	5.885
1887	4.094	801	404	567	-	5.866
1888	4.786	881	424	638	-	6.279
1889	5.658	898	490	753	272	8.071
1890	6.840	1.012	469	840	293	9.454
1891	5.850	987	473	971	271	8.552
1892	5.219	1.045	506	1.082	232	8.084
1893	5.150	1.091	490	1.112	194	8.037
1894	5.280	1.152	408	1.154	220	8.214
1895	4.571	1.167	393	1.326	295	7.752
1896	5.025	1.254	451	1.404	279	8.413
1897	5.482	1.323	570	1.257	327	8.959
1898	5.862	1.304	603	1.298	332	9.399
1899	6.338	1.355	586	1.337	418	10.371
1900	7.218	1.503	561	1.382	394	11.327
1901	6.856	1.561	533	1.525	525	11.241
1902	7.328	1.570	552	1.588	606	11.976
1903	7.713	1.659	545	1.679	662	12.622
1904	8.270	1.606	679	1.739	772	13.409
1905	8.271	1.679	728	1.790	746	13.554
1906	9.536	1.790	883	1.939	668	15.170

(1) La Casa de Aislamiento comienza a funcionar con regularidad a partir de 1899.

(2) Incluye Escuela de Artes y Oficios e internos en Asilos Maternales.

Elaboración propia en base a datos obtenidos de:

- Piñeyro del Campo, Luis: "Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia. Sus obras y servicios en 1905".

- Acevedo, E: "Anales Históricas del Uruguay".

De allí que los gobiernos, debían “*pedir las bases de sus leyes higiénicas a sus consejos, a sus cónclaves científicos; deben votarlas o rechazarlas, pero nunca discutir las*” en una clara advertencia al legislador, de su notoria ignorancia ante las complejidades del mundo científico-medicinal.⁽³²¹⁾

Las demandas por ampliar el campo profesional fueron permanentes en esta etapa fundacional; y donde mayores resistencias despertaron fue en el ámbito de gestión de los servicios asistenciales. Allí encontraron un poder y una cosmovisión con la legitimidad que nacía tanto de las tradiciones históricas como de los recursos materiales que disponía y administraba la Iglesia Católica. Se sucederán las polémicas y conflictos y una muestra de ellos, puede observarse en las disputas científico-morales sobre los beneficios y perjuicios generados por el histórico funcionamiento del “torno” para la recepción de niños abandonados.

El Torno: entre la divina caridad y los preceptos de la higiene

Según afirman las crónicas, la guillotina fue creada con el objeto de humanizar una práctica cruel pero plenamente aceptada en su tiempo: las ejecuciones por decapitación. En la misma época, otra práctica que a los ojos modernos aparece como inmoral –el abandono de niños– es instrumentada de forma no menos ingeniosa con la instalación del “Torno”, esto es, una especie de puerta giratoria ubicada junto a la entrada de los conventos, iglesias u hospicios, donde eran depositados los niños cuando sus familiares no querían hacerse cargo de ellos. Una vez allí, se hacía girar esa puerta y la criatura quedaba inmediatamente dentro del edificio, sin que quien los entregaba tuviera que revelar su identidad o brindar alguna explicación de las razones que lo llevaban a ello. En el frente de los locales figuraba el lema que impregnaba las acciones: “*Mi madre y mi padre me arrojan de sí, la caridad divina me recoge aquí*”. Tras la aparente brutalidad del instrumento se escondían motivos lógicos: se afirmaba en la época que los niños solían ser abandonados en la calle, en plazas o en los pórticos de los templos, donde quedaban a merced del frío, del hambre o de los perros vagabundos que por aquellos años podían ser tan peligrosos como para devorar a alguno de los pequeños. Las crónicas de la época recogían testimonios de casos que –aún cuando se pueda dudar de su

(321) Soca, Francisco: “Selección de discursos”, op. cit. Tomo III.

Los elogios al Uruguay

En el cuarto Congreso Médico Latinoamericano reunido en Río de Janeiro en 1909, al plantearse en la Sección de Higiene el problema de la lucha contra la tuberculosis, el doctor Emilio Coni, presidente de la Liga Latinoamericana, colocó al Uruguay "como el primero de la América del Sud en la campaña", y tributó calurosos aplausos a los Poderes Públicos, a la Liga Uruguaya y a su presidente el doctor Joaquín de Salterain.

Otro de los delegados, el profesor Simoes Barboza, en su relatorio sobre la asistencia y protección de las mujeres embarazadas, hizo constar en términos elogiosos que "el Uruguay era el primer país de América que empezaba a hacer práctica esa protección, mediante licencia con sueldo concedida a sus maestras y empleadas durante el último mes de su embarazo y los días subsiguientes".

Al abordarse las cuestiones relativas a la Asistencia Pública, se habló también con elogio del Uruguay, reconociéndose que estaba en camino de llegar a ser el primero entre los países de América, en la realización de un alto ideal de solidaridad humana, al incorporar a su legislación positiva "el reconocimiento del derecho a la asistencia pública".

Acevedo, Eduardo: "Anales Históricas del Uruguay". Tomo V.

veracidad— llegaron a escandalizar la opinión pública de Montevideo. Curiosamente estas "noticias" se reproducían trascendiendo fronteras, siendo posible de ser ubicada en varios países del continente.⁽³²²⁾

Prohibir y perseguir estos actos de abandono, tendría como consecuencia probable, el infanticidio de los recién nacidos. En sus orígenes el Torno

(322) De acuerdo a Guido Fonseca la actividad del Torno en la ciudad de San Pablo, fue inaugurada en 1825, a partir de la donación de una hacienda y para evitar los abandonos producidos en la puerta de una iglesia, con el resultado de que varios niños fueran devorados por los cerdos. Adicionalmente puede señalarse un dato llamativo; el funcionamiento del Torno, de acuerdo a este autor, recién es eliminado en el año 1950. En Fonseca, Guido: "História da prostituição em São Paulo". Ed. Resenha Universitária. São Paulo. 1982.

representó una alternativa donde, tanto el niño era resguardado de esos peligros como sus padres protegidos en el anonimato. En nuestro país, como en el ámbito internacional, hacia fines de siglo comienza a cuestionarse la estructura concebida en la etapa colonial. El Dr. Luis Piñeyro del Campo, en el año 1905, enumeraba los ya largos debates entre defensores y detractores de la institución. Recordando la antigua defensa realizada por Lamartine en 1838 ante la Asamblea Francesa, hasta los "*tiempos actuales en que sus impugnadores se complacen en calificar al Torno de 'boîte à enfanticides'*".⁽³²³⁾ El interés por "salvar la vida del niño" debía primar sobre todos los intereses sociales, con el desarrollo de los "nuevos principios científicos", no obstante, se imponía adoptar otros mecanismos para lograr el mismo fin.

Las principales razones esgrimidas para el cambio sintetizaban algunos de los principios del nuevo enfoque asistencial: racionalidad económica, moralidad y garantizar preceptos de higiene. En el año 1896, la Comisión Delegada del Asilo de Expósitos y Huérfanos afirmaba: "*No debe tolerarse que, al amparo del secreto asegurado a los que exponen a sus hijos por miseria o por conservar ante la sociedad una reputación comprometida, se abuse de la Caridad Pública, arrojando los niños al Asilo por economía o por especulación*".⁽³²⁴⁾ Por otra parte –también de dudosa fuente aunque ampliamente difundido– se aseguraba que en el Asilo de Expósitos de Montevideo, se abandonaban niños procedentes de Buenos Aires. Para sus adversarios, ambas situaciones venían a cuestionar la viabilidad económica del giratorio instrumento.

En segundo lugar se alegaban razones morales. El torno era "*ciego y mudo*", en consecuencia no se podía asistir a los padres por "*medio de consejos morales*" y "*oferta de socorros monetarios*", elementos que podían, eventualmente, hacerles cambiar de opinión. Asimismo no debemos obviar cuáles eran los principios que comienzan a regir la modernización asistencial: diagnóstico y ayuda a condición de transformación en las actitudes y comportamientos. Esta forma indiscriminada de asistencia descuidaba totalmente la selección del solicitante y la aplicación de correctivos, convirtiéndose en un vestigio de prácticas caritativas que la ilustración asistencial pretendía erradicar.

Los detractores de la práctica sostienen que, de ser obligatoriamente pública la exposición, además se podría evitar una "*inmoralidad aún más grave*" que aparentemente se estaba extendiendo: "*el comercio de contraseñas*"

(323) Piñeyro del Campo, L.: "Comisión Nacional de Caridad..." op. cit.

(324) *ibídem*.

para retirar a los niños luego de ser sostenidos por el Estado.⁽³²⁵⁾ Un mal que *"constituye una relajación peligrosa de los vínculos de familia, que es una inmoralidad y también una crueldad, [y] se está propagando con caracteres alarmantes, por la facilidad con que se han devuelto los niños abandonados en el Torno"*.⁽³²⁶⁾

Pero el argumento en que más énfasis colocaron los médicos, se situaba en las razones higiénicas: *"Con la obligación de entregar los niños a una persona revestida de autoridad pública y en una oficina abierta, los depositantes se preocuparían de llevarlos en mejores condiciones higiénicas, más abrigados, mejor alimentados; no los presentarían muertos, como se encuentran algunos que son depositados en el Torno; podrían suministrar, por lo demás, datos y antecedentes que darían al médico luz inapreciable para el tratamiento de sus pequeños enfermos"*.⁽³²⁷⁾

Los autores de los reglamentos del Asilo de Expósitos y Huérfanos, en 1896, aún aceptaban que estas instituciones, *"para ser benéficas, han de asegurar el secreto a los exponentes"*.⁽³²⁸⁾ No obstante ya resultaban notorias las deficiencias de esta práctica, implicando estas críticas una fuerte censura a una gestión de la "caridad" incompatible con el moderno estilo de gestión de los servicios asistenciales. Si bien el reglamento de 1896 intentaba solucionar estas deficiencias manteniendo vigente el sistema, lo que subyacía claramente en las denuncias, era el conflicto de poderes con la Iglesia, hasta ese momento principal implicada en la gestión institucional del Torno y el Asilo. En el año 1908, sus detractores conseguían la abolición en beneficio de oficinas municipales de adopción u hospicios controlados por el Estado, quitando responsabilidades al orden eclesiástico en la gestión de la asistencia a los niños desamparados. De aquí en más, un nuevo personal obtendría prioridad para hacerse cargo de la infancia abandonada: los profesionales médicos actuando en el ámbito de instituciones públicas.

(325) El "comercio de contraseñas" aludía a las señales que se dejaban con el niño (una medalla, o un objeto similar) que permitía reconocerlo y eventualmente pedir su devolución, lo que hasta el momento era posible realizar sin mayores trámites y controles, dando lugar a que se realizaran verdaderas "ventas" de niños expósitos.

(326) Comisión Delegada del Asilo de Expósitos y Huérfanos. 17 de octubre de 1896. En Piñeyro del Campo, L.: "Comisión Nacional de Caridad...". op.cit.

(327) Piñeyro del Campo, L.: "Comisión Nacional de Caridad..." op.cit.

(328) *ibidem*.

Las disputas por los cadáveres

Un segundo ejemplo del enfrentamiento entre Iglesia Católica y médicos, se plantea en el propio terreno de la administración de los hospitales, pocos años después que la Facultad de Medicina se fundara, es decir, cuando los médicos uruguayos no existían en número suficiente como para constituir todavía un grupo de interés significativo. El Hospital era administrado por la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública, la cual estaba *"integrada por hombres de real valía, de gran significación social, entre los que predominan señores de vieja raigambre católica"*.⁽³²⁹⁾ Su estructura representaba el único recinto que podía usarse como hospital de Clínicas; sin embargo, cuando la Facultad de Medicina intenta enviar a sus estudiantes para que pudieran realizar allí las prácticas: *"la Comisión trata de obstaculizar lo que reputa una invasión y cierra prácticamente casi todas sus salas a los estudiantes que comienzan a poblarlas [...]. No es porque haya desembocado en el hospital un río de alumnos: la Facultad tiene en sus filas, en 1882, 12 alumnos en primer año, 7 en segundo, 7 en tercero, 11 en cuarto y 1 en quinto. Y de estos, a los alumnos de los dos primeros años no le corresponde concurrir al hospital"*.⁽³³⁰⁾

Esta *"antipatía"* de la Comisión ya se había manifestado en el inicio mismo de las actividades de la Facultad. Cuando en 1876 se solicitaron tres cadáveres, a fin de que los postulantes a ocupar la cátedra de Anatomía pudieran concursar por ese puesto, *"hubo que librar tres batallas para conseguirlos"*. Además, la Comisión impidió que los trabajos de disección pudieran realizarse en el anfiteatro del hospital. Todavía en 1887, el entonces Rector, Alfredo Vásquez Acevedo, se quejaba de que *"la Clínica Médica sólo abarca realmente la sala de hombres, porque el estudiante lucha con grandes dificultades para entrar en las salas de mujeres"*.⁽³³¹⁾ El Dr. Muñíos atribuirá el origen del conflicto a las *"discusiones filosóficas que en esos años alcanzaron una intensidad nunca, ni antes ni después, igualada"*.⁽³³²⁾ Discusiones entre católicos y médicos que rápidamente transformaron la nueva Facultad en un foco difusor de militante positivismo científico: *"Los miembros de la Comi-*

(329) Muñíos, H.: Prólogo a la edición "Selección de discursos" del Dr. Francisco Soca. Tomo I. op. cit.

(330) Acevedo, E.: "Anales históricos del Uruguay", op. cit.

(331) *ibídem*.

(332) Muñíos, H.: Prólogo citado.

sión de Caridad tenían ideas contrarias a las que dominaban en la enseñanza universitaria en este momento y defendían celosamente sus ambientes, en que dominaba una severidad religiosa, de la invasión de ideas para ellos inaceptables".⁽³³³⁾

Si bien no fueron los únicos, estos dos conflictos poseen una especial simbología: entre el abandono del recién nacido (y su recogimiento en el Torno) y la muerte celosamente custodiada (en el Hospital de Caridad), discurren las azarosas vidas de individuos que han sido amputados en algunas –o en todas– sus posibilidades. Al encuentro y superación de estas adversidades se embarcó el positivismo médico y representó una "*invasión de ideas inaceptables*" para quienes regían el destino de los servicios. Claro está que, notoriamente, el conflicto entre Iglesia y Medicina en tanto instituciones, no se agotaba en los aspectos filosóficos del problema. El control hospitalario será de vital trascendencia para ambos contendientes por el prestigio y la influencia que proporcionaba en el conjunto de la sociedad, así como también por los intereses corporativos existentes a su interior.⁽³³⁴⁾ Los estudiantes no sólo se enfrentarán a los administradores, sino también a "practicantes", empleados de relativa idoneidad que realizaban las curaciones, los cuales sentían sus prerrogativas amenazadas por la presencia de los alumnos.

La lucha por el control hospitalario: médicos y administradores

Hasta el último cuarto de siglo la figura predominante para el cuidado de los enfermos asistidos en el Hospital de Caridad eran los "practicantes" quienes no poseían estudios universitarios y además "*eran sacamuelas, flebotomos*

(333) De acuerdo al prologuista de la obra de Soca, H. Muiños, "*La Facultad tiene un poderoso enemigo en la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública*"; atribuyendo el origen de las "arbitrariedades" a la señalada "*exaltación de las discusiones filosóficas*".

(334) Vale señalar que los intereses corporativos, sin embargo, no provenían siempre de la misma esfera y adquirían su complejidad: la "guardia vieja" de médicos uruguayos -formada en el exterior- se opuso tenazmente a la fundación de la Facultad de Medicina, la que tuvo que ser llevada adelante por médicos extranjeros residentes en Montevideo. A tal punto que todavía en 1880 lograban cuestionar su viabilidad en el Parlamento, donde se discutió su disolución y se propuso usar esos recursos para enviar los alumnos a universidades europeas. Ello no ocurrió y para finales de la década la Facultad de Medicina podía considerarse definitivamente consolidada, habiendo confrontado para ello con los intereses heredados de administradores, religiosos, practicantes y ... médicos ya recibidos.

(sangradores) y con el tiempo se constituyeron en los principales enemigos de los primeros estudiantes de Medicina. Contaban, por supuesto, con el apoyo de las autoridades administrativas del Hospital que veía con malos ojos que los enfermos fueran el objetivo del estudio clínico y lo que era peor, que se enseñara con ellos".⁽³³⁵⁾

Los profundos y continuos conflictos entre los médicos y los administradores se pueden describir a partir de las tesis elaboradas para alcanzar el título profesional. Una cruda síntesis de los principales reproches se encuentra en el trabajo de Emeterio Camejo (1892) sobre "Profilaxia de la tuberculosis". En ella se da cuenta que "en tres años hubo tres mil setecientos noventa y cuatro muertos por tuberculosis solamente a localizaciones pulmonar, laríngea ó meníngea". El Dr. Camejo manifiesta su indignación con las autoridades del Hospital, quienes no tomaban en cuenta las medidas higiénicas recomendadas y mezclaban pacientes tuberculosos en salas generales. Para el autor las autoridades "carecen de los más elementales conocimientos de higiene y son refractarios a toda idea científica moderna". La tesis del Dr. Camejo, no obstante adherir a ideales científicos y acertar cuando adjudica importancia al ambiente contaminado del Hospital contiene, sin embargo, un significativo error al asignar trascendencia en la profilaxia de la tuberculosis a los aspectos vinculados a la herencia. En este contexto no resultaba exento de lógica la manifiesta desconfianza hacia las virtudes enunciadas por el nuevo "evangelio de la salud" y sus recomendaciones no eran aceptadas, de acuerdo a dicha tesis, ni siquiera por los "Señores de la Comisión (de Caridad) quienes reciben con sonrisas de lástima las indicaciones que se le hacen para bien de los enfermos".⁽³³⁶⁾ Como resultado de esta sistemática desobediencia los relatos de la época consignan que la tercera parte de los enfermos del Hospital fueran portadores de tuberculosis. No obstante, las resistencias no durarían mucho tiempo y la "imponente evidencia de los avances científicos" superaría los obstáculos que interponían la incredulidad (y los intereses) de administradores, practicantes y religiosos.

La transición de un régimen basado en sentimientos de caridad, hacia el nuevo modelo racional de asistencia medicinal sustentado en conocimientos experimentales, implicará cambios en varios sentidos.

(335) Lockhart, J.: "La historia del Hospital Maciel". op. cit.

(336) Camejo, E.: "Profilaxia de la tuberculosis". Tesis. 1892. Citado por Lockhart, J.: "La historia del Hospital Maciel". Op. cit.

Recién a comienzos del nuevo siglo, se asientan los "verdaderos principios de higiene" y la batalla por el control de los pacientes se vuelca en favor de las nuevas formas de atención-aprendizaje, que cuentan con el médico como figura preponderante y reciben el relevante aporte de los descubrimientos de Pasteur y Lister induciendo varios cambios importantes. Una idea del estado de situación en la prehistoria de la higiene, y que involucraba prácticas de los propios médicos, era que los cirujanos operaban sin guantes, y se "lavaban después de operar para despojarse de los insoportables olores".⁽³³⁷⁾ La anécdota sobre la muerte del primer médico uruguayo (Teodoro Vilardebó) contagiado por pacientes de fiebre amarilla, era permanentemente recordada a los alumnos y una invocación a adoptar medidas preventivas entre los integrantes de la propia corporación médica. El esfuerzo por convencer, a propios y ajenos, de las virtudes del modelo higiénico encuentra parte de su sentido en la propia fragilidad e inseguridad de incipientes conocimientos escasamente probados.

Del análisis del material que surge de las citadas tesis, se pueden extraer algunas conclusiones. En ellas se percibe tanto la velocidad de circulación de los conocimientos, como el aún endeble sustento que poseían. El Dr. Benito del Campo, en 1884, elabora un trabajo que recoge los últimos hallazgos realizados sobre el "estreptococo", un año después de su descubrimiento en Europa.⁽³³⁸⁾ Además de velocidad en el intercambio de conocimientos, existían abundantes confusiones. A modo de ejemplo, el Dr. Pérez Iglesias en su tesis del año 1887, elabora una crítica acerca de que "todas las etiologías se quieran encajar dentro de la teoría de microcosmos, que como todas las que se han sucedido en Medicina, de los tiempos más remotos a nuestros días, se puede decir lo que aquel célebre clásico español: 'En esta vida todo es verdad y todo es mentira'". Dejando de lado las posibles virtudes literarias del autor, la poética expresión se nos aparece a nuestra percepción, como escasamente adecuada para un trabajo científico que aspiraba a ser una tesis en el ámbito de la positivista Facultad de Medicina.⁽³³⁹⁾

Entre fines del siglo XIX y hasta 1910, el campo de controversia se fue ampliando y trascendiendo los aspectos sanitarios. El importante componente

(337) Lockhart, J.: "La historia del Hospital Maciel". op. Cit.

(338) del Campo, Benito: "Consideraciones sobre la Erisipela". Tesis. 1884. Citado por Lockhart, J.: "La historia del Hospital...". op. cit.

(339) Pérez Iglesias: Tesis. 1887. Citado por Lockhart, J.: "La historia del Hospital Maciel". op. cit.

anticlerical se expresa en la tesis del Dr. Repetto "Apuntes para un Hospital" quien afirmaba que siendo lo mejor para un paciente el buen aire y la luz conveniente, criticaba la presencia de los altares dentro de las salas que quitaban espacio y dificultaban la correcta higiene de las mismas.⁽³⁴⁰⁾ En 1906, se genera el intenso debate sanitario-político que culmina con el retiro de los crucifijos de las salas de los hospitales, y en 1910 con la creación de la Asistencia Pública Nacional, desaparecen, además de las expresiones caridad y beneficencia, el modelo que inspiraba las acciones. Había madurado una concepción diferente de los problemas sanitarios y los instrumentos para superarlos, lanzando al "sacerdocio" a nuevos protagonistas. La propia vida "ejemplar" del médico Francisco Soca, puede ilustrar sobre la visión grandilocuente de la vocación médica y las expectativas, igualmente grandiosas, de lo que pudiera concretar un nuevo programa de transformación asistencial regido por la lógica que emana de los avances de la ciencia experimental.

6. F. Soca y la cosmovisión médica de la sociedad: "Ser médico es ser como Dios"

"No puede figurarse el encanto, el goce continuo y en cierto modo sensual que la ciencia, la ciencia médica, el comercio del dolor, la lucha por la vida de otros, guarda para sus sacerdotes sinceros y conmovidos. Ser médico, verdadero médico, fuerte, superior por la ciencia y por la práctica, denunciar, exponer a la luz del sol y por oficio las insidias de la muerte, resolver todos los días, todas las horas, el candente problema de la vida humana, decirle a los cadáveres como Dios: levántate y anda, ser el objeto cuasi divino del inmenso amor y de la inmensa gratitud de los Lázarus reconocidos: ¿hay vida más intensa, más llena, más desbordante?"⁽³⁴¹⁾

En 1881, el profesor de la novel Facultad de Medicina, Dr. Guillermo Leopold, eleva un severo informe respecto a un incidente ocurrido con un "alumno interno". Por diferencias en el diagnóstico de un enfermo cardíaco, el mencionado alumno le ha increpado duramente frente a toda la clase, lo que suscita una agria discusión. El Dr. Leopold escribe que éste "con su espíritu batallador y su intolerancia científica, su modo furibundo de discutir, parece

(340) Repetto, E.: "Apuntes para un hospital". Tesis. S/f. Citado por Lockhart, J.: "La historia del Hospital Maciel". op. Cit.

(341) Soca, F.: "Selección de discursos". Tomo II. op. cit.

ha olvidado completamente que la modestia es el adorno principal del hombre verdadero de ciencia".⁽³⁴²⁾ Ese alumno interno se llamaba Francisco Soca, y ese "espíritu batallador" –e inmodesto– también sería su característica en sus actividades como médico, legislador y difusor de proyectos de Reforma a lo largo de los últimos años del siglo XIX y principios del XX.

Si se considera el entorno social y cultural del momento, Soca poseía características particulares comparado con otras personalidades destacadas. En primer lugar, por provenir de un origen social no precisamente privilegiado. Una segunda peculiaridad, que emerge continuamente de sus discursos y cartas personales, es la total dedicación a la ciencia; dedicación casi sacerdotal, se diría, que lo llevó a relegar su vida privada de manera poco imaginable hoy en día. Estando en París en el año 1885, gozando de una beca concedida por el gobierno, le escribe a un amigo: "Yo creo incompatibles el amor y el trabajo intelectual amplio y sostenido". Su vida en París, encerrado en hospitales, clínicas y anfiteatros es –según sus propias palabras– "la de un anacoreta". Antes que cualquier otra cosa, Soca es médico. Pero esta condición no le impide participar en las discusiones y conferencias del Ateneo, donde comparte mesa y polemiza con José Batlle y Ordoñez (por otra parte, un integrante de su círculo de amigos) y otros influyentes pensadores que, en poco tiempo más, ocuparían puestos de privilegio en el gobierno.

Su condición de médico no le impide, tampoco, en sus frondosas alocuciones, considerar una y la misma cosa: la fe en la ciencia, en el progreso y en el amor por nobles ideales y nobles causas; todas estas ideas aunadas en el "esfuerzo universal por el bien y la dicha del hombre".⁽³⁴³⁾ Evidentemente el concepto de médico que está presente desborda ampliamente las fronteras de la profesión: "Graves asuntos maneja el médico como árbitro indiscutible e indiscutido: la fortuna, el honor, el orgullo, la vanidad, la salud, la belleza y la vida, es decir: todo lo que hay en el mundo y responde a un interés o a un anhelo humano".⁽³⁴⁴⁾

(342) Soca F.: "Selección de discursos". Prólogo de H. Muñiz.

(343) Soca, Francisco: "Selección de discursos". Tomo II. Op. cit.

(344) *ibídem*. Tomo III.

El sacerdocio de los hombres de ciencia

Por paradigmáticas del espíritu que animaba la época, conviene detenerse en explorar cuales son las facetas que recubre el rol de médico en la fervorosa concepción de F. Soca. En primer lugar, la medicina representa la punta de lanza de la victoria humana sobre la naturaleza, una idea-fuerza que guía el positivismo filosófico, en tanto significa –como posibilidad al menos– el triunfo sobre el dolor y la muerte. Siendo triunfo sobre la naturaleza, no puede ser otra cosa más que la encarnación de la verdad. Pero no una verdad en tanto absoluto, sino en tanto enunciado científico, demostrable y rebatible. No será ahora una verdad al alcance de cualquier profano, ni siquiera del profano culto e inteligente. Ni aún los gobiernos, con toda su autoridad –como ya fuera señalado a propósito de la vacunación antivariólica– pueden alcanzarlas por completo. El Dr. Soca representa el ingreso de una discursividad sostenida en los análisis cuantitativos, en las demostraciones metódicas, en el uso permanente de la razón estadística: *“En ciencia positiva no basta afirmar, es preciso probar, es preciso probar no con razonamientos necesariamente deleznable, sino con hechos precisos, claros, bien y sinceramente observados y presentados”*.⁽³⁴⁵⁾ Coherente con sus ideas, en sus debates parlamentarios a favor de la vacuna obligatoria, utilizará abundantes estadísticas sobre diferentes realidades para cimentar sus planteos políticos.

Tratándose de la salud pública, el discurso científico conquista espacios sociales investido como razón de Estado. Asociada al desarrollo del aparato político administrativo, la fe en la ciencia se transforma en programa de acción. En esta dirección será tarea esencial de la misma definir los *“males sociales”* y focalizar la acción pública hacia las consecuencias de la pobreza y la ignorancia: *“En la campaña todo es erróneo. Todos los modificadores higiénicos se usan de una manera deficiente, anómala, a veces monstruosa”*.⁽³⁴⁶⁾ A partir del diagnóstico –hombres de “acción” y no meros observadores, en definitiva– se debe proponer un vasto programa de reformas que *“acerquen el pobre al rico”*: *“Los grandes países [...] han hecho que el aire, la luz y el agua, se distribuyan más equitativa y fraternalmente, que alcancen también a los miserables; han mejorado la habitación, han mejorado los alimentos, han elevado el salario, han perfeccionado las condiciones del trabajo y los grandes locales; han acercado, en una palabra, el pobre al rico”*.⁽³⁴⁷⁾

(345) *ibídem.* Tomo II.

(346) *ibídem.* Tomo II.

(347) *ibídem.* Tomo III.

Una segunda idea que se destaca en su pensamiento, es la permanente fundamentación de la primacía del interés público por sobre los individuales. Para reafirmarlo, le basta señalar que, de hecho, eso ya hace tiempo se ha aceptado como principio en el plano de la educación pública. En la medida que *"el Estado toma al niño y lo hace instruir obligatoriamente"*; puede considerarse que éste *"comparte"* con los padres la patria potestad de los mismos.⁽³⁴⁸⁾ De allí que, frente a los peligros de las malas condiciones de vida, el azote de las epidemias y la desidia de los adultos de clase baja, dibuje una infancia como objeto de atención privilegiada y en consecuencia objeto de cuidado público. En estas circunstancias, se admite una fisura del control paternal que—al igual que en la educación—lleve al Estado a ingresar en el seno familiar, con el fin de prevenir las *"desidias"* nacidas de la ignorancia sanitaria.

Por último, aunque no menos importante, cabe destacar que esta supremacía del interés colectivo, representada en la acción estatal, resulta el factor fundamental que hace posible la justicia social: *"Si en las cuestiones diversas que pueden suscitarse entre el individuo y el Estado, los principios científicos del primero predominaran sobre los del segundo, no habría orden ni sociedad posible"*. De allí entonces que, los principios científicos, deban ser aplicados por el Estado para *"guiarse en la distribución de la justicia"*.⁽³⁴⁹⁾

Vicios privados, públicas responsabilidades

Tratándose de cuestiones personales, todo puede ser opinable; pero cuando se trata de salud pública, de higiene social, los únicos interlocutores válidos, en la visión de Soca, serán los "sabios". La razón es evidente, la sociedad ya no es un conglomerado de individuos más o menos aislados, microbios mediante, la enfermedad de uno de sus miembros es la posible enfermedad del conjunto. El derecho de *"dirigir la higiene"* por parte de los individuos, tendrá sus límites; exige no comprometer la salud pública: *"Desde el momento en que se convierte en un peligro para la sociedad, ésta tiene el derecho de corregirlo"*. Uno de los ejemplos más representativos lo elabora a propósito de su defensa de la obligatoriedad de la vacuna contra la viruela; y lo sitúa ante la interrogante: *"El hombre no vacunado es un peligro perpetuo para los demás [...] ¿Cómo,*

(348) *ibídem.* Tomo III.

(349) *ibídem.* Tomo III.

pues, hacer desaparecer ese peligro?". Su pregunta admite como contundente respuesta que "la libertad de conciencia y la libertad de dirigir nuestra higiene como lo entendamos, son muy distintas". La primera no afecta sino al individuo. Para Soca, distinto se presenta el panorama con la libertad de higiene: "Nuestras creencias, nuestras negligencias, pueden ser fatales a la salud pública, y el Estado no puede en modo alguno, mirarlas con indiferencia".⁽³⁵⁰⁾ La miseria y su aliada, la ignorancia, ya no será exclusivo problema de aquellos que la padecen o de los que sienten piedad por ellos, es un problema de responsabilidad pública. La enfermedad, en especial la enfermedad contagiosa, es en principio indiferente a las desigualdades sociales, pero quienes no son pobres tienen la posibilidad de defenderse más allá de la acción del Estado. No sólo tienen los medios materiales y mejores condiciones ambientales y de higiene; poseen sobre todo un modo de vida que los hace receptivos a las recomendaciones de los médicos. Las clases ilustradas acceden a la propaganda por folletos, por libros, por artículos de los diarios, de allí que se preguntará cuáles son los remedios para las clases humildes; cuando "sus prevenciones, más que ideas son sentimientos".⁽³⁵¹⁾

Las adversidades experimentadas por los pobres situaban al reformismo ante dos posibles vías de acción, no necesariamente antagónicas. Una alternativa era reafirmar el rol interventor del Estado mediante diversos mecanismos coercitivos a través de, por ejemplo, una "policía sanitaria". La otra opción era intentar conquistar voluntades, convencer de los beneficios y lograr las adhesiones para la incorporación consentida a un modo de vida más saludable. ¿Más "disciplinado"?, sin duda, pero es innegable el interés, si no igualitario, al menos socializante que asiste al pensamiento de Soca. En este sentido, la propaganda orientada a los sectores populares será la panacea esbozada, aunque para lograr sus resultados debía cumplir con el requisito de ser "llevada con amor, entusiasmo, con fe, iría sin duda al alma sencilla de nuestros paisanos y en breve abandonarían las prácticas viciosas que son, entre ellos, causa de tantos males". Difusión de información que, para ser eficaz, correspondía además, que fuese "oficial".⁽³⁵²⁾ Acorde a la visión predominante en los círculos intelectuales de la época, en un pueblo inmerso en prejuicios y tradiciones, un pueblo que (incluida buena parte de su clase dirigente) aún no terminó de

(350) *ibídem.* Tomo II.

(351) *ibídem.* Tomo II.

(352) *ibídem.* Tomo III.

ingresar en la civilización, no podía tener eficacia un discurso científico plagado de estadísticas e intrincadas teorizaciones. La propaganda debía ser efectista, cargada de adjetivaciones que ilustrasen las dantescas consecuencias de la desobediencia a las reglas higiénicas.

El choque entre el espíritu de la ciencia y los prejuicios de la insensatez y la ignorancia se reflejan claramente en sus múltiples intervenciones públicas: *"Yo quisiera herir la imaginación del pueblo"* exclama Soca; y tal vez el horroroso relato de las consecuencias de la sífilis, la truculenta descripción de los condenados por la tuberculosis y la exageración de todos los detalles morbosos que salpican sus discursos tengan en esta frase una clave de interpretación. El Dr. Soca no está hablando a la academia, necesita demostrar, convencer, prescribir y enfrentar, nada más armado de su palabra, la *"eterna noche de las seculares ataduras"*. La hipérbole será una herramienta de lucha frente a una marea que amenaza desbordarlo, a él y a la clase intelectual, en un país que apenas está saliendo de la barbarie. No es extraño que se considere un evangelista, predicador de una religión laica en lucha contra el oscurantismo. En su discurso ante la inauguración del edificio de la Facultad de Medicina, manifiesta sus confianzas en la ciencia y el progreso, las *"grandes fuerzas civilizadoras"* en oposición a *"todo el galopar siniestro de nuestros centauros por los vallados y las lomas; todos los odios épicos y las fatalidades esquilianas que forman la trama de nuestra historia"*.⁽³⁵³⁾

El instrumento privilegiado, el brazo ejecutor de la gran transformación, será la acción del Estado guiado por la intervención de los hombres de ciencia. Esta verdad científica para el Dr. Soca, no es la verdad de los *"centauros"*, ni la del mundo revelado de la fe católica. No es dogma —aunque se dogmatice en su hiperracionalidad—, ya que tiene las características de una revelación en ascendente proceso. Los hombres que cultivan la medicina tienen *"una independencia feroz, una incomprable libertad de espíritu y una sinceridad que resiste a todas las pruebas"*. La de los médicos, entonces, no es una verdad dicha de una vez y para siempre; va descubriéndose: *"Es una inmensa alma, tendida afanosamente sobre la verdad, y que sólo ante la verdad se sacrifica, que sólo ante la verdad se inclina"*.⁽³⁵⁴⁾

Los pensamientos antes reseñados, ameritan la pregunta acerca de si éstos pueden considerarse como la expresión de una personalidad más o menos aislada de un hijo de inmigrantes ascendido a la primera plana de la socie-

(353) *ibídem.* Tomo II.

(354) *ibídem.* Tomo III.

dad uruguaya por vía de la educación; o bien son representativos de la mayoría de la clase intelectual de la época. La interpretación que proponemos es que Soca podía ser un tanto particular por su "extracción de clase", pero de ningún modo extraño dentro del conjunto de personalidades que estructuraron la acción pública a fines del pasado siglo. Hombres con intereses relativamente autónomos, jóvenes confiados en los adelantos técnicos y en sus promesas, que estando muy relacionados entre sí, contagiaban con sus ideas la acción de gobierno. En todo caso, el Dr. Soca representó esos ideales de una forma por demás vehemente, a veces –y desde nuestra perspectiva actual– lindante con lo que podríamos definir como delirio, pero sin duda estaba convencido y comprometido con lo que decía. Ser médico es "*ser como Dios*" afirmaba. También como un "*héroe*", como un "*soldado*", como un "*humilde y abnegado trabajador*". En esta clave es posible entender su ascetismo y su monástica reclusión: el programa que propugna –programa de salud pública y por extensión, programa de erradicación de los "males sociales"– no es más que lo que él mismo ha adoptado como su modo de vida.

7. El triunfo de la racionalidad medicinal: un "*Estado guiado por científicos*"

"El clínico para ser eficaz [debe] trabajar en la antecámara de la clínica, que es la sociedad [...] En un cuadro de la edad adulta ve una mala infancia, en la mala infancia, un mal matrimonio, en el mal matrimonio, los defectos de la organización social. El combatiente que hay en el médico no sabe rendirse nunca: retirado el terapeuta aparece el sociólogo".⁽³⁵⁵⁾

A comienzos del nuevo siglo se observan en la sociedad uruguaya varios fenómenos estrechamente vinculados. En términos de mentalidades puede señalarse esa época como la del avasallante desarrollo de la secularización, entendida aquí como el predominio de la ética laica sobre la moral religiosa. Uno de los principales factores impulsores del cambio, estuvo signado por las progresivas conquistas de los conocimientos científicos. Este desarrollo, que se opera especialmente en el campo de la medicina, vino a suponer una confron-

(355) Rossi, Santín C.: "Orientaciones para la producción científica". Citado en J.P. Barrán: "Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La invención del cuerpo". Banda Oriental. Montevideo, 1995.

tación con las explicaciones religiosas de los fenómenos que se resolverá a favor de la ciencia, a medida que la clínica y el método experimental parecen dar cuenta de los principales problemas de la época. Esta posibilidad sustentará la afirmación de Santín Carlos Rossi, quien si bien señala la desventaja de que la ciencia "*hay que aprenderla*", tiene "*sobre ella la ventaja de que sus afirmaciones son demostrables y obligan a la convicción, mientras las religiosas dependen de la fe y nadie está obligado a tener fe*". En definitiva, la ciencia aportaría "*guías morales más fuertes que la ilusión*".⁽³⁵⁶⁾ Este cambio no implicará la total negación de la esfera religiosa, pero exige una redefinición de la máxima "*dar al Cesar lo que es del Cesar*". El nuevo Cesar, constituido por el "*magnífico*" –y demostrable– mundo que se descubría mediante la aplicación de las reglas exactas del científico, con sus promesas nacidas al calor de la marea evolucionista que inundaba la época, colocaba la Higiene en la esfera trascendente de la moral.

Aceptada la ciencia positiva como culminación del saber humano, aceptada la salud como valor supremo, las directivas emanadas de la llamada "*nueva moral fisiológica*" se tornan inteligibles para creyentes y anticlericales por igual.

Ciertamente que el higienismo como práctica e ideología, proclamó un "evangelio" cuyas normas serán tan estrictas como las eclesiásticas, pero lo que resulta destacable, es que se sustentaban en una racionalidad que previamente había pasado por el tamiz del análisis experimental, lo cual no dejaba de ser un significativo cambio. Esta característica le confirió una "pretensión de objetividad" que representará un elemento gravitante para decidir la adopción de un conjunto creciente de limitaciones por parte de amplios sectores sociales. En otras palabras, la introducción de regulaciones (muchas de ellas referidas a comportamientos privados, íntimos y personales) será tanto menos resistida cuanto más entendibles y evidentes por sí mismas se toman las prescripciones. Al mismo tiempo, la moral higienista asociaba la salud corporal con la del colectivo, con lo cual la obligación del acatamiento se vuelve profana: autolimitarse es un deber, no con Dios, sino con la sociedad. Y este es el segundo proceso a destacar.

(356) Rossi, Santín C.: "El criterio fisiológico". Tipográfica Moderna. Montevideo. 1919.

El cambio en la responsabilidad

En este período histórico, las “patologías” o “males” sociales comienzan a atribuirse a deficiencias en la organización social, desplazando –aunque no sustituyendo– la idea tradicional de responsabilidad y culpa individual. En palabras de aquellos médicos-sociólogos “*la organización social es desfavorable a la higiene*”; y un ejemplo de esta idea lo ofrecía el Dr. Félix Vitale en 1908, para quien: “*El problema de la tuberculosis es un problema económico, a cuya solución todos deben contribuir. Nuestra patología social merece un estudio más profundo que el estudio de los besos y del vicio que tienen los niños en las escuelas, de chuparse los dedos. La educación de las masas es un problema que nos incumbe, pero hay que darse cuenta de lo que se entiende por educación. Educar hombres que están condenados a la miseria [...] puede ser tiempo perdido*”.⁽³⁵⁷⁾

Si la noción católica de culpa sustentó el orden moral durante buena parte del siglo XIX, el énfasis ahora es colocado en la idea de “responsabilidad social”. Por cierto, los individuos no dejarán de ser responsables de sus actos (y tal vez, más responsables ahora que antes) pero se está en presencia de un cambio importante, pues la versión secular del pecado consistía en no seguir los principios de la higiene. Para el común de los mortales esto no debió representar un cambio significativo en su vida cotidiana, ya que lo que antes demonizaba el sacerdote ahora lo sancionaba el médico: su indómita ignorancia lo mostraba propenso a incurrir en los “vicios” emergentes de una naturaleza todavía bárbara. A pesar de que casi idénticos fueron los males a condenar (alcoholismo, promiscuidad, ocio, masturbación, etc.); no resultan asimilables los enunciados y prácticas elaborados desde la ética religiosa con los producidos bajo la nueva versión –higienista, secular y racional– del “pecado”. Destacar exclusivamente esta identificación, en función de sus resultados inmediatos, lleva a desconsiderar los impactos que esta transformación revestirá con el transcurrir del tiempo.

El higienista descubría nuevas causalidades al analizar con el artilugio técnico del microscopio “*ese mundo invisible*” de pestes y enfermedades; universo que exageradamente se consideraba lleno de gérmenes prestos a alojarse dondequiera que la humana desidia le dejara un rincón. Y si es cierto que

(357) Vitale, Félix: “La lucha contra la tuberculosis”. Citado por J.P. Barrán: *La invención del cuerpo*. op. cit.

La "moral biológica" y la abolición del Estado

Los instrumentos del Estado son leyes, que se asemejan a las científicas en que indican lo que hay que hacer si se quiere seguir viviendo bien. Esto significa que deben ser rigurosamente "fisiológicas", sin lo cual perderán el aspecto de protección a la vida. [...] Así concebido, el Estado no es en realidad ni una institución biológica ni fatal: **su supresión es perfectamente concebible en una sociedad de hombres completos** *, es decir una asociación de hombres lo suficientemente educados para cumplir por ellos mismos sus deberes y limitar sus derechos sin la coerción de la Ley. [...] Abolido el privilegio, nudo gordiano de la desigualdad social actual, desaparecerían todas las instituciones que lo sostienen: ejércitos, tribunales, cárceles, y otros mecanismos administrativos, –todas instituciones que consumen energías puramente defensivas, es decir, que no producen placer ni progreso.

* Destacado en el original.

Rossi, Santín C.: "El Criterio fisiológico". *Tip. Moderna*. 1919.

las teorías epidemiológicas tuvieron errores y propiciaron abusos, no menos cierto es que una interpretación más cercana a la verdad se hacía posible.

En segundo lugar, y como consecuencia de lo anterior, se habilita la vigilancia sobre el pecador –ahora enfermo– con la evidente consecuencia de su disciplinamiento. Hay que agregar, sin embargo, que junto con las obligaciones y el aparato de vigilancia destinado a sancionar las transgresiones, se está en presencia del nacimiento de nuevos derechos individuales. Derecho a la asistencia, a la cobertura por incapacidad física, al seguro por enfermedad, al acortamiento de la jornada laboral, etc. Bajo esta perspectiva resultaría accesorio establecer si el impulso disciplinador arrastró consigo una fuente de nuevos derechos; o si bien éstos sólo fueron posibles de realizar a partir de la observancia del primer aspecto. Lo cierto es que ambos aspectos (disciplina y derechos) fueron invocados como necesarios por los reformadores de la época; su apareamiento representó un conjunto de oportunidades frente a las deficiencias y adversidades que afectaban las vidas de numerosas personas, e implicaron asumir considerables costos para los sectores más pobres.

La expansión de la intervención estatal

El programa de higiene social promovido por los médicos impulsó una ampliación de la esfera de intervención del Estado por diversas vías. Una profusa legislación, la creación de instituciones y cargos especializados y la extensión de obras públicas de saneamiento, son algunos de los indicadores de esta creciente injerencia estatal en la vida social. Así, cuando en 1916 se reunió el Primer Congreso Médico Nacional, no hubo dudas en votar como conclusión la necesidad de erradicar los "tugurios", "conventillos" y "ranchos" para sustituirlos por casa higiénicas e independientes para cada familia. No hubo vacilación tampoco, en quién debía encargarse de la construcción: el Estado o la Municipalidad.

Tres años más tarde, un médico proponía la "*comunización de los niños*" como alternativa al problema de los niños abandonados o criados en malas condiciones, sugerencia que importaba una crianza y protección "*científica*" a cargo del Estado.⁽³⁵⁸⁾ Entre el antiguo Torno y la "*comunización de los niños*", dos soluciones al mismo desafío, mediaban una significativa distancia que expone la dimensión y orientación de las transformaciones.

La similitud del programa médico con muchos de los puntos que el "georgismo" —uno de los fundamentos ideológicos del batllismo— presentaba fueron notorias. En realidad, entre los introductores del pensamiento de Henry George al Uruguay hubo varios médicos, aunque no sería adecuado pensar, una vez más, en términos de simple recepción de ideas foráneas, los cambios ideológicos, de comportamientos y mentalidades que se presentan en ese momento histórico. La expansión de los servicios sociales mostraba claramente a los contemporáneos —al igual que en el pasado— su dependencia de la coyuntura política. En estas circunstancias, gran parte del posible éxito del programa higienista sostenido por los médicos dependía de una relación fluida con el poder político, pero éste a su vez, encuentra en ese programa el marco ideológico legitimador de su propia agenda de reformas.

La presencia creciente del Estado —aunque lejos de ser consecuencia exclusiva de una determinada postura ideológica o grupo social— contó entre sus impulsores de primer orden la racionalidad inherente al conocimiento médico. Apenas iniciado el siglo, interpeló al poder político con un sólido argumento: si las injusticias sociales eran las principales responsables de la propaga-

(358) Turenne, A.: "Profilaxis del abandono del niño". Citado por J.P. Barrán: "La invención del cuerpo", op. cit.

ción de enfermedades, la solución se imponía con la fuerza de la lógica, se debían transformar las condiciones de vida de los más afectados. En un influente círculo de dirigentes comenzó a ganar terreno la idea de que el momento histórico exigía un programa científico-político, bajo el cual los principios de la higiene debían gobernar la sociedad. Este programa encontrará amplia recepción en un sistema político conformado, en importante proporción, por racionalistas y anticlericales. El programa reformador del batllismo coincidió con las metas de los hombres de ciencia, en tanto ambos alojaron la raíz de los males de la civilización moderna en la injusta distribución de los bienes materiales. De hecho, más que una coincidencia de metas, J. P. Barrán ha apuntado hacia la existencia de una alianza entre la "clase médica" y el batllismo.⁽³⁵⁹⁾

Higiene y capitalismo de Estado

¿Cómo conjeturar que será bueno el monopolio del capital por el Estado, en el Uruguay, cuando acabamos de ver que ese Estado, puesto en tren de ahorrar, adopta medidas como la de suprimir las Direcciones Departamentales de Higiene?. Todavía el Estado capitalista no será, pues, más que una víctima de la voracidad y la audacia de los logreros de siempre. Cuando el Estado, en cambio, demuestre sus aptitudes preocupándose del saneamiento del suelo, de la potabilidad del agua, del abaratamiento de la vida, de la edificación higiénica, de la iluminación, de la evacuación y destrucción de inmundicias, de los baños públicos, de la educación, de la higiene industrial, etc., etc., de todos los problemas estudiados en los tratados clásicos de Higiene, y note, diga y demuestre que esa su gran obra, su verdadera función, quedará incompleta porque así lo determina la propiedad individual con sus milenarios derechos, habrá también probado, con la idoneidad de los gobiernos en que se personifica, que, dado que el interés colectivo está antes, tiene derecho a erigirse en el único capitalista, y le será permitido, no solamente atacar con impuestos de toda índole el capital privado, sino que también a expropiar. Su apoyo será invulnerable: la confianza que merece y su deber de velar por la sociedad.

Legnani, Mateo: "Catecismo de Higiene". Dornaleche. 1915.

(359) "Es muy clara la relación entre el batllismo y esa clase, por cuanto, la presencia de tales profesionales en la dirigencia de ese sector del Partido Colorado superaba lo habitual para la

El "*Estado guiado por los científicos*" era la gran utopía que subyacía en el discurso higienista: llegándose a definir al Uruguay como un "*campo de experimentación sociológica*" en donde se podría implantar una conducción científica de la sociedad.⁽³⁶⁰⁾ La idea de que el país podía convertirse en un verdadero "*laboratorio social*" donde se pusieran en práctica, antes que en ningún otro sitio, un modelo de organización social basado en leyes científicas, estuvo en el imaginario de la elite gobernante. En esta configuración, los médicos desempeñaron un importante rol al impulsar cambios de conducta y hábitos, al promover un modo racional, pragmático y secular de discusión política, al poner en primera línea los "peligros" que surgían con las crecientes interdependencias y asignarle un papel al Estado en la instrumentación de las políticas sociales que atenderían sus efectos negativos.

Adicionalmente, ofrecerían la oportunidad de liberar los organismos que llevaban a cabo estas políticas, de los avatares de las luchas partidarias que durante el siglo XIX tejieron la historia del país.

El nuevo personal "a cargo" de las deficiencias y adversidades de los asistidos, serán los "sabios" hombres de ciencia. Definieron con celoso afán – y buena dosis de soberbia – los extensos campos de intervención en materias que, todavía, se resistían a ser totalmente comprendidas con los limitados conocimientos que disponían. Los grandilocuentes relatos que nos aporta la historia sobre la trascendencia de la misión encomendada y los magníficos resultados que cabía esperar de sus actividades, admiten varias lecturas. Expectativas de inserción en un "mercado" creado a la propia medida, "utilitarismo" social y pragmatismo político son algunas de ellas. También es posible ubicar la notoria desmesura de las autopercepciones, como un mecanismo imprescindible para la "*institucionalización*" de una forma de conocimiento que compite con poderosos adversarios. Esta "legitimación" profesional propia, arrastra tras de sí la genérica legitimidad de una forma de conocer el mundo y de otras profesiones que, entre otros cambios relevantes, modificará la situación de los asistidos transformándolos en usuarios de un servicio profe-

época"; afirma J.P. Barrán en "La invención del cuerpo". También cabe recordar la estrecha vinculación ya señalada entre el batllismo y la generación de jóvenes intelectuales que fundaran, por ejemplo, el Ateneo de Montevideo; observación que apunta a matizar la influencia que el batllismo tuvo en la adopción de la idea de los orígenes sociales de la enfermedad – y la más genérica "cuestión social" – entre la clase médica.

(360) Turenne, Augusto: "Profilaxis del abandono del niño". Citado por J.P. Barrán: *La invención del cuerpo*, op. cit.

sional; en ocasiones, dependiendo de sus características, derechohabientes a la prestación de un servicio público.