

LA TRANSFORMACIÓN DE LA SANIDAD ARGENTINA COMO CONSECUENCIA DE LA INMIGRACIÓN EUROPEA DE LOS SIGLOS XIX Y XX. NUEVAS ARQUITECTURAS PARA UNA NUEVA REALIDAD SOCIAL

Patricia SECADES-FERNÁNDEZ

Resumen

En el presente artículo se realiza una revisión sobre la incidencia que el movimiento migratorio europeo tuvo en la sanidad Argentina y, más concretamente, en Buenos Aires, haciendo hincapié en las necesidades derivadas del colectivo español. Así mismo, se analizarán las distintas tipologías arquitectónicas empleadas por las colectividades emigrantes en Buenos Aires para el desarrollo de sus propios centros hospitalarios y la repercusión que la creación de estos centros tuvo en el sistema sanitario de la capital argentina.

Palabras clave: Inmigración española, arquitectura sanitaria, colectividades argentinas, Sociedades de Socorro Mutuo, sanidad argentina.

Abstract

This article presents a review of the impact that migration movements from Europe had on the Argentinean health system and, more specifically, in Buenos Aires, emphasizing the needs of the Spanish groups. There is also an analysis of the different types of architecture used by migrant communities in Buenos Aires for the development of their own hospitals and the impact that the establishment of these centres had on the health system in the Argentinean capital.

Keywords: Spanish immigration, sanitary architecture, Argentinean collectivities, Societies of Mutual Aid, Argentinean health.

Los hospitales de Buenos Aires y, en general, todos los del país, sufrieron después de la revolución de 1810 en cambio en la dirección y administración de los mismos. Dichos cambios se hicieron notables a partir del Gobierno del Director Ignacio Álvarez, quien en 1815¹, organizó el funcionamiento de estos establecimientos² a través de un «Reglamento». Este Reglamento perdurará hasta 1880, momento en el que se producirán los primeros cambios.

¹ Decreto de 11 de septiembre de 1815.

² PENNA, J. (dir. gral.), *La Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*, Buenos Aires, Ed. por la Municipalidad de la Capital, 1910, tomos I y II.

El aparato sanitario y de higiene pública argentina, había sido organizado según los cánones europeos, que se remontaban a la labor de Bernardino Rivadavia, quien en 1822 asumió una reforma trascendental con respecto al funcionamiento los hospitales, aboliendo el fuero personal eclesiástico y los diezmos, se dispuso la supresión de las Casas Regulares Bethlemitas, se confiscaban todos sus muebles e inmuebles –que pasaban a manos del Estado–, y se obligaba a los prelados de las comunidades religiosas a rendir cuentas al gobierno sobre la administración de los bienes y las rentas comunitarias.

En el mismo año también se suprime la Hermandad de la Santa Caridad, con lo que se termina de desmontar el esquema institucional religioso de la asistencia social de la época colonial, produciéndose al mismo tiempo el nacimiento de una administración civil, dirigida por los profesores de la Escuela de Medicina³, creada al fundarse la Universidad, y donde la labor de la Sociedad de Beneficencia jugó su rol más importante⁴. Dicha Sociedad de Beneficencia estaría constituida por mujeres de la alta sociedad argentina y contaría con dos atribuciones fundamentales; la dirección e inspección de las escuelas de niñas, así como la dirección de la Casa de Expósitos, Casa de Partos, Hospital de Mujeres, colegio de Huérfanas y de cualquier otro establecimiento dirigido al bienestar femenino. Como parte del mismo plan, comenzó a funcionar la Sociedad Filantrópica⁵ de caballeros con el objetivo de encargarse de los hospitales masculinos y cárceles.

Estas organizaciones públicas asistenciales cayeron en el olvido al terminar el gobierno Rivadavia, volviendo todo a la antigua época clerical y conservadora, donde el gobierno de Rosas era el principal protagonista. La época rosista significaría el congelamiento de las actividades de la Sociedad de Beneficencia argentina entre 1838 y 1852, bajo el argumento de la escasez de recursos para financiar sus actividades. Rosas invocó sin éxito a que la caridad privada reemplazara el financiamiento estatal en los hospitales.

Habría que esperar hasta 1940 para encontrarnos con variaciones significativas, ya que no será hasta este momento cuando se produzcan en Argentina una serie de ideas políticas, económicas y culturales que contribuyeron a modificar las estrategias sanitario-asistenciales. En los comienzos de este reordenamiento espacial, se presentó el Proyecto de Ejecutivo Nacional para la creación de asilos y hospitales

³ La Universidad de Buenos Aires se creó el 12 de agosto de 1921 por iniciativa de Bernardino Rivadavia, durante el gobierno de Martín Rodríguez. Se produjo el cese del Instituto Médico Militar pasando su personal a uno de los 5 Departamentos de la nueva Universidad, el Departamento de Medicina. ZARRANZ, A., «Algunos apuntes sobre la historia de la Facultad de Buenos Aires», *Historias de la ciudad. Una revista de Buenos Aires*, n.º 14, marzo 2002, pp. 72-76.

⁴ Decreto de Creación dictado por Bernardino Rivadavia el 2 de enero de 1823, y creada el 12 de abril de 1823 según consta en el «Acta de la Fundación de la Sociedad de Beneficencia» en *Instituciones de la Sociedad de Beneficencia y Asistencia Social (1823-1852)*, Buenos Aires, Archivo General de la Nación, 1899, tomo I.

⁵ La Sociedad Filantrópica, constituida por caballeros, fue creada por un decreto en 1828 con la finalidad de administrar las cárceles masculinas y los hospitales. Dejó de funcionar pocos años más tarde, en 1835.

regionales⁶. Será en este momento también, en el que algunas colectividades de extranjeros, a través de sus sociedades de beneficencia, planeen la construcción de sus propios centros sanitarios para la asistencia de sus miembros, como, por ejemplo, el Hospital Español.

Reinstalada por decreto oficial en 1852, la historia de la Sociedad de Beneficencia, comienza a ser más controvertida en función de la iniciativa estatal de asumir el control político de la educación, aunque aún sin mayor legitimidad. Esta relación, siempre polémica, con el Estado, es quizás un fiel reflejo también de los dilemas actuales en que se debaten las ONGs en relación con el sector público.

Con el paso de los años se produjo una variación de la filosofía asistencial a través de una vinculación entre beneficencia, caridad y filantropía, que motivó la implicación del aparato político hasta el punto de que el Estado llegará a convertirse en el organizador de la «beneficencia pública», y dejaría de lado el marco privado que antes distinguía a la salud. La enfermedad pasó a ser considerada dentro de las teorías democráticas, como un mal o una carga que debía afrontar la colectividad⁷.

La acción sanitaria aparecía entonces ligada a los ideales del Estado y, tras un breve proceso evolutivo, acabó por construirse la figura del «político-médico»⁸. Esta condición facilitó el despliegue de una serie de disposiciones prácticas, jurídicas, penales y pedagógicas que venía a resolver la problemática de desorden, básicamente urbano, en la que la marginalidad, locura y delito llamaban a la intervención médico social.

La consecuencia de esto, fue la formulación de un grupo de instituciones específicas, servicios hospitalarios, centros de asistencia para enfermos mentales, servicios penitenciarios y asociaciones profesionales. Los positivistas dedicados a la psiquiatría, tenían ambiciones políticas que plasmaron como administradores de asilos y hospicios, es decir, como agentes del orden y el control social.

La «*asistencia pública*» fue el mejor mecanismo para solucionar los males de la sociedad tales como enfermedades pestilentes, fiebre amarilla, tuberculosis y

⁶ REQUIERE, M., «Beneficencia y Asistencia Social: la política manicomial en Buenos Aires. (1880-1940)», *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, vol. 9, n.º 2, septiembre de 2000, pp. 169 a 194.

⁷ CARRILLO, R., *Teoría del Hospital*, Buenos Aires, Dpto. de Talleres Gráficos del Ministerio de Salud Pública de la Nación Argentina, 1951, tomos I y II.

⁸ El primer Director de la Asistencia Pública fue: Dr. Ramos Mejía. Reemplazado el 2 de marzo de 1887 por José M.^a Astigueta. El 1 de junio de ese mismo año Ramos Medís es reintegrado en el cargo. El Dr. José M.^a Astigueta retomará el cargo en 1888. Éste, en 1890 pasó a ser Ministro de Instrucción Pública, siendo sustituido por el Dr. Eugenio Ramírez. En marzo de 1892 Ramírez es sustituido por Emilio R. Coni. En abril de 1893 el Dr. Coni fue reemplazado por el Dr. José Ayerza, quien ejerció la dirección hasta el 24 de octubre de ese mismo año, en que fue destituido a favor del Dr. Juan B. Señorans. Al Sr. Señorans le siguió el Dr. Telemático Susini en noviembre de 1896 y hasta febrero de 1899. PENNA, J. (dir. gral.), *La Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*, Buenos Aires, Ed. por la Municipalidad de la Capital, 1910, tomos I y II.

por supuesto la locura. En 1910, el panorama sanitario en la capital argentina era el siguiente:

Asistencia Pública: locales y direcciones de los mismos en 1910	
<ul style="list-style-type: none"> • Oficina Central de la Asistencia Pública • Hospital de San Roque • Hospital Dr. Álvarez • Hospital Dr. Fernández • Sanatorio Tornú • Hospital Rawson • Hospital Muñiz (Hospital de Infecciosos, Antigua Casa de Aislamiento) • Hospital Intendente Dr. Crespo • Hospital Dr. Cosme Algerich • Asilo Intendente Torcuato Alvear (vasto hospital para 2.000 camas en construcción) • Hospital Dr. Durand (en construcción) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Dr. Parmenio Piñero (en construcción) • Casa de Socorro Dr. Boch • Casa de Socorro Nueva Pompeya • Casa de Socorro Liniers • Casa de Socorro San Carlos • Casa de Socorro Villa Devoto • Casa de Socorro San Bernardo • Casa de Socorro Las Heras • Casa de Socorro Santa Lucía • Asilo Nocturno • Laboratorio Central de Bacteriología • Escuela de Enfermeros y Masajistas

Durante la segunda mitad del siglo XIX la Sociedad de Beneficencia fundó y administró, entre los centros más importantes, la Casa de Expósitos, el Hospital de Mujeres (luego el Rivadavia), el Hospital de Mujeres Dementes, el Asilo de Niños Expósitos, el Asilo de Huérfanos, el Hospital y Consultorio Oftalmológico y el Hospital de Niños (luego el Gutiérrez). Crea también el Fondo de Pobres, destinado a dar ayuda en efectivo o en especies a familias necesitadas.

Según recoge Andrés Thompson⁹ en lo referente a la Sociedad de Beneficencia argentina, es interesante señalar la absoluta importancia del papel asignado a la mujer en el país en materia de sanidad pública. La Sociedad de Beneficencia tenía como objetivos fundacionales *«la perfección de la moral, el cultivo del espíritu en el bello sexo, y la dedicación del mismo a lo que se llama industria, y que resulta de la combinación y el ejercicio de aquellas cualidades»*¹⁰. En otras palabras, no se trataba solamente de una organización orientada hacia la provisión de servicios de asistencia social sino que incorporaba una idea moralizadora de los pobres, encomendando a las mujeres patricias su cumplimiento.

Algunos autores atribuían el predominio de la mujer en las labores de beneficencia como una cuestión basada en el género, al situarse en una sociedad donde se entendía que la división del trabajo entre hombres y mujeres quedaba condicionado por su propia naturaleza. Mientras los hombres se dedicaban a cuestiones de estado, al comercio o a la ciencia, las mujeres debían contribuir al bienestar social.

⁹ THOMPSON, A., *El «Tercer Sector» en la Historia Argentina*, Buenos Aires, CEDES, 1994.

¹⁰ *Acta de instalación de la Sociedad de Beneficencia*, discurso pronunciado por Rivadavia, en Correa Luna (1923) recogido en THOMPSON, A., *El «Tercer Sector» en la Historia Argentina*, Buenos Aires, CEDES, 1994.

Pero no cualquier mujer era merecedora de desempeñar dicha función. Tan sólo podían dedicarse a la beneficencia aquellas mujeres que cumplían un a serie de requisitos sociales (distinguidas, elegidas, excepcionales), morales (humildad, dulzura, bondad), de conducta práctica y carácter (celo, empeño, tesón) y, finalmente, también sus condiciones racionales o cognitivas (instrucción sólida, talento aristocrático).

Según dicha visión, la responsabilidad femenina en las tareas de beneficencia tenía poco de feminismo y mucho de elitismo: «*todas las mujeres de la Sociedad de Beneficencia se reclutaron entre esposas y parientes próximas de los grandes terratenientes, comerciantes y propietarios significativos de la ciudad y provincia de Buenos Aires*»¹¹. A la condición de mujer debían agregarse sus cualidades morales, su riqueza y su instrucción, derivadas todas de su pertenencia social.

Para otros autores, sin embargo, el motivo sería otro radicalmente opuesto, basado en la consideración hacia la mujer que defendía Bernardino Rivadavia. Rivadavia consideraba que el perfeccionamiento intelectual y moral de la mujer era un factor de progreso social. En este sentido sus ideas eran de «avanzada» en cuanto no se refería solamente a la sensibilidad y los «dotes del corazón» femeninos, «sino también a la participación de la mujer en el mercado laboral, al beneficio que ello aportaría a la riqueza pública y a la independencia consecuente con respecto al hombre». Las ideas rivadavianas serían en tal sentido revolucionarias y «casi» feministas, ya que «estaba convencido que era preciso luchar contra la creencia de la inferioridad de condiciones de la mujer para el trabajo». Secularización y feminismo parecerían ir de la mano: la mujer no sólo ejerce la caridad sino que lo hace en nombre del Estado, quien le encomienda esa tarea.

Según Passanante¹² (1987), la importancia asignada a la mujer con la creación de la Sociedad de Beneficencia es doble:

1. Por un lado, se le atribuye participación social, otorgándole un rol y una función específica: la administración y organización de la caridad pública, designándola para manejar los asuntos de la Sociedad.
2. Por otro, «...se la hace depositaria de la grandeza de la nación, procurando su crecimiento espiritual a través de la educación...»¹³.

¹¹ Bernardino Rivadavia le encargó a Mariquita Sánchez de Thompson (luego de Mendeville) que se ocupara de la selección de las 13 damas que conformarían la primer comisión de la Sociedad de Beneficencia. Frente a su declinación para asumir el cargo de Presidenta, Rivadavia «supo atraerse otra dama linajuda, de aristocracia de sangre, familiar y comunicativa, doña Mercedes de Lasala y Riglos, a quien le asistía derecho a escudo y en cuyos salones se mantenía la etiqueta tradicional de los grandes tiempos de la colonia». MEYER ARANA, A., *La caridad en Buenos Aires*, Barcelona, Imprenta Sopena, 1911, tomo I.

¹² PASSANANTE, M. I., *Pobreza y acción social en la historia argentina. De la beneficencia a la seguridad social*, Buenos Aires, Editorial Humanitas, 1987.

¹³ Aspecto también recogido por el Ministro de Gobierno y Relaciones Exteriores, Bernardino Rivadavia en propio Acta de Instalación de la Sociedad de Beneficencia. «Acta de la Fundación de la Sociedad de Beneficencia», en *Instituciones de la Sociedad de Beneficencia y Asistencia Social (1823-1852)*, Archivo General de la Nación, Buenos Aires, 1899, tomo I.

Estas dos visiones, no revelan sino una discusión más amplia que se da en el campo del feminismo y los estudios de género. Lo que sí interesa resaltar, sin embargo, es que de una u otra manera, la participación de las mujeres en las tareas filantrópicas fue uno de los rasgos distintivos de la beneficencia en Argentina. Más allá de sus distintas y hasta encontradas posiciones ideológicas, desde aquellas damas de caridad, pasando por Eva Perón y Amalia Fortabat hasta las Madres de Plaza de Mayo, la mujer ha dejado una fuerte impronta en el mundo de la filantropía y la acción voluntaria en Argentina.

Pero al margen de la revolución que supone la hegemonía de la mujer en el ámbito asistencia, también hay que resaltar como ya entrado el siglo XX, la mayor revolución sanitaria se producirá de la mano de dos hombres clave en la política argentina: Perón, y su ministro de sanidad, Ramón Carrillo¹⁴, quien promulgará en esta ocasión que el binomio medicina-política, visto anteriormente, sea complementado con otro no menos importante, medicina-arquitectura.

Para ello, Carrillo estableció la asignatura de Arquitectura Hospitalaria en la Facultad de Arquitectura y la de Organización Sanitaria y Planificación Hospitalaria en la de Medicina, las cuales contribuyeron a la mejora de los Servicios asistenciales. Y todo ello avalado por la política del momento a través de la figura de Perón, quien dejó patente su postura al respecto a través de la siguiente afirmación: «Un hospital mal construido será siempre un hospital mal administrado».

Durante la gestión de Carrillo en el Ministerio de Salud Pública, la capacidad hospitalaria del país se duplicó pasando, en breve período de tiempo, de contar en la ciudad de Buenos Aires con los centros anteriormente mencionados a tener los siguientes:

¹⁴ Ramón Carrillo, fue el primer ministro de Salud Pública de la Nación y uno de los más importantes neurocirujanos que tuvo Argentina en la primera mitad del siglo XX. Nació en Santiago del Estero (Argentina) el 7 de marzo de 1906. Murió en Belem do Pará (Brasil) en 1956. Cursó estudios en la Facultad de Medicina de Buenos Aires y fue becado para perfeccionar sus conocimientos en Europa, entre 1930 y 1932. En el Viejo Continente, Carrillo visitó y se formó en centros académicos y científicos de Holanda, Francia y Alemania. A su regreso a Argentina, Carrillo organizó el Laboratorio de Neuropatología en el Instituto de Clínica Quirúrgica y el Servicio de Neurología en el hospital Militar Central. También se dedicó a la docencia universitaria, como profesor titular la cátedra de Neurocirugía en la Facultad de Medicina (UBA), desde 1943, y como profesor de historia argentina e historia de la civilización en distintas escuelas secundarias de la Capital Federal.

En 1946, durante la gestión presidencial de Juan Domingo Perón, se creó el Ministerio de Salud Pública de la Nación, siendo Carrillo designado al frente del mismo. En el marco del asistencialismo que caracterizó al primer gobierno peronista, Carrillo desarrolló una vasta labor sanitaria, sobre todo en las zonas más pobres del país donde las enfermedades endémicas resultaban asoladoras. A él se debe que el paludismo, durante esa época, fuera casi totalmente eliminado, y que se crearan innumerables centros de salud, hospitales y puestos sanitarios de frontera.

Retirado de las cátedras y de la gestión pública, luego de la caída de Perón, Carrillo se exilió en Brasil. Allí, sumido en la más profunda pobreza, se desempeñó por algún tiempo como médico rural. Falleció en Belem do Pará (Brasil) en 1956.

En la actualidad, numerosos hospitales e instituciones de salud llevan su nombre.

<p>Hospital General de Mujeres (hoy H. Rivadavia)</p> <p>Casa de Mujeres Dementes (hoy H. Nacional de Alienadas)</p> <p>Establecimientos de Asistencia Pública:</p> <ul style="list-style-type: none"> • H. San Roque • H. Rawson • H. Muñíz • H. Álvarez • H. Fernández • H. Pirovano • H. Crespo • Sanatorio Tornú • H. Algerich • Casa Central • Casa de Socorro J. M. Boch • Casa de Socorro N. Pompeya • Casa de Socorro San Carlos • Casa de Socorro Villa Devoto • Casa de Socorro Santa Lucía • Casa de Socorro Liniers • Casa de Socorro San Bernardo • Casa de Socorro Las Heras <p>Sociedad Beneficencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • H. Rivadavia • H. de Niños • H. de Alienadas • Casa de Expósitas • Sucursal de Expósitas • Casa de Huérfanas • Sucursal de Huérfanas • H. Oftalmológico 	<p>Nacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maternidad de la Facultad • Hospital de Clínicas • Hospicio Nacional de las Mercedes • Hospital Militar <p>Patronato de la Infancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermerías y Consultorios • Escuela de Artes y oficios • Internado Manuel Aguirre • Internado Mutler <p>Extranjeros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • H. Italiano • H. Español • H. Inglés • H. Francés • H. Alemán <p>Particulares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instituto Frenopático • Instituto Charcot • Sanatorio Flores • Sanatorio Buenos Aires • Sanatorio Modelo • Sanatorio Caride • Sanatorio Constitución • Sanatorio de Cirugía • Sanatorio Dr. Gutiérrez • Sanatorio Italiano • Sanatorio Drs. Castro, Solé, Ortega • Sanatorio Drs. Llovet y Medina • Sanatorio Drs. Revilla, Arce, Peralta Ramos • Sanatorio Dr. Agrelo • Sanatorio Arnaldo, Varalla, U. Castro • Sanatorio Palacio Árabe • Sanatorio Policlínico • Sanatorio Dr. Ragno • Sanatorio Dr. Justo • Sanatorio Dr. Lagarde
---	--

LA APORTACIÓN DE LAS COLECTIVIDADES EXTRANJERAS

A partir de mediados de siglo pasado, y paralelamente al desarrollo de acciones asistenciales y de beneficencia, puede observarse el surgimiento y la consolidación de un amplio espectro de organizaciones no gubernamentales basadas en principios

relacionados con la solidaridad, la autogestión de problemas comunes y la propia iniciativa de los interesados.

Los impulsos para la creación de este tipo de organizaciones provinieron de diversos orígenes: colectividades de inmigrantes, asociaciones profesionales, partidos políticos, empresas, la Iglesia Católica, los vecinos de los barrios. Desde estos diferentes sectores, y a partir de los condicionamientos de cada momento histórico, se fueron generando distintos tipos de asociaciones. Serán precisamente las primeras, es decir, las colectividades de inmigrantes¹⁵, y, más concretamente, la española, la que nos interesa en este estudio.

<i>Período</i>	<i>Saldo migratorio</i>	<i>Porcentaje español sobre el total de inmigrantes</i>
1861-1880	40.273	15,7
1881-1900	208.043	24,6
1901-1920	669.652	42,9

El Censo de Buenos Aires de 1904 registra noventa y siete sociedades de socorros mutuos propiamente dichas, y seis Círculos de Obreros. Doce años después, Emilio Coni¹⁶ a partir de datos del Tercer Censo Nacional de Población de 1914, da cuenta de 1202 sociedades de socorros mutuos en todo el país; de las cuales doscientas catorce se encuentran en la Capital Federal.

La primera sociedad de socorros mutuos de que se tiene registro (haciendo excepción de la Sociedad Italiana del Plata, de corta vida entre los años 1825 y 1835) es L'Union et Secours Mutuels, fundada en el año 1854, a la que le siguen la sociedad San Crispín en 1856, la Tipográfica Bonaerense y la Asociación Española de Socorros Mutuos en 1857, y la Unione e Benevolenza en 1858.

Tanto Unione e Benevolenza como la Asociación Española de Socorros Mutuos son dos de las grandes asociaciones de inmigrantes, en las que el vínculo principal es el de nacionalidad. No así San Crispín o la Tipográfica Bonaerense, en las que primaba como vínculo de unión la pertenencia al mismo gremio: operarios de la industria del calzado en el primer caso (cuyo patrono es San Crispín), y operarios de las imprentas en el segundo.

Las sociedades de inmigrantes se conservaron como sociedades mutuales. La mayor parte de los autores coinciden en señalarlas como la forma principal de organización de los inmigrantes, ante las necesidades con que se encontraban al llegar a Argentina. Será en este momento en el que surjan los primeros intentos para paliar

¹⁵ SECADES FERNÁNDEZ, P., «Los hospitales de colectividades en Buenos Aires. La expansión del modelo europeo a ultramar», *XVI Congreso C.E.H.A., La multiculturalidad en las Artes y en la Arquitectura*, Las Palmas de Gran Canaria, 2006, tomo I, pp. 471-479.

¹⁶ CONI, E., *Asistencia y Previsión Social. Buenos Aires caritativo y previsor*, Buenos Aires, 1917.

la pérdida de las tradiciones, apareciendo así las primeras asociaciones de ayuda mutua y de creación de hospitales, generalmente impulsados por sus representantes diplomáticos o comerciales en el Río de la Plata, una de cuyas misiones era la de velar por la salud de las tripulaciones de los barcos de sus respectivos países y gestionarles plazas en el Hospital General de Hombres cuando esto era necesario. Posteriormente, en el período de la inmigración masiva, estas instituciones pasarían a ocuparse del socorro a sus connacionales¹⁷.

Se crean así, y entre otros, los siguientes centros: El Hospital Italiano, el Hospital Alemán, el Hospital Español, el Hospital Francés, el Hospital Sirio-Libanés, el Hospital Israelita, el Hospital Británico, el Centro Gallego y el Centro Asturiano¹⁸.

LA SOCIEDAD ESPAÑOLA EN ARGENTINA

La masa de inmigrantes españoles llegados a la Argentina no era homogénea. Procedían en su mayor parte de la Cornisa Cantábrica (Galicia, Asturias, Cantabria y el País Vasco). Los primeros inmigrantes, aquellos que llegaron a Buenos Aires a finales del siglo XIX, lograron una posición acomodada desde el punto de vista económico. Mayoritariamente se dedicaba al sector terciario y a la importación de productos europeos o bien regentaban la titularidad de algunas fábricas. También había profesionales con titulación universitaria exiliados tras la restauración monárquica española de 1873, y estrechamente vinculados con la elite criolla.

Fueron algunos de estos inmigrantes, los primeros en tener acceso a puestos de poder en la sociedad argentina, los promotores de las primeras asociaciones y mutualidades, destinadas a mejorar la vida cotidiana de la colectividad española en Buenos Aires. Ya en 1857 se fundó la Asociación Española de Socorros Mutuos con sucursales en diversos barrios de la ciudad de Buenos Aires: Flores, Belgrano, La Boca y San Bernardo. También de 1857 es la Sociedad Española de Beneficencia¹⁹. Otras entidades que aglutinaron a la elite española fueron el Club Español (1866) y la Asociación Patriótica Española (1896). Se mezclaban en esta última muy diversas tendencias ideológico-políticas, pero todos coincidían con la idea de defender «el buen nombre español».

Las funciones de la Asociación eran múltiples, y abarcaban desde las tareas asistenciales para los inmigrantes, hasta actividades culturales que difundieran en Argentina el movimiento de renovación literaria, artística y científica de España. Como consecuencia de ello, se creó la Institución Cultural Española, en 1914, organiza-

¹⁷ JANKILEVICH, A., *Historia de los Hospitales de Comunidad de la Ciudad de Buenos Aires*, <http://www.aadhhos.org.ar/HistHospit/HospComun/HospCom01.htm>.

¹⁸ MORALES SARO, M. C., *El Centro Asturiano de Buenos Aires y la arquitectura neoespañola en la Plata*, Gijón, Arte Cultura y Sociedad en la emigración española a América, Universidad de Oviedo, 1992.

¹⁹ SECADES FERNÁNDEZ, P., *Fundaciones Asistenciales de la migración española en Buenos Aires*, Oviedo, Ed. por A.E.C.I.D., Ministerio de Asuntos Exteriores; Fundación Archivo de Indianos-Museo de la Emigración; Dpto. de H.^a del Arte y Musicología de la Universidad de Oviedo, 2009.

ción que fomentó el intercambio de académicos entre Argentina y España tan notables como los protagonizados por Menéndez Pidal (1914) u Ortega y Gasset (1916).

En 1852, el español Vicente de la Rosa, propició la creación de la Sala Española de Comercio y Asilo de Beneficencia en la calle Santa Clara (hoy Alsina), frente a las plazuelas del mercado del centro, en un edificio proyectado para Escuela Normal, disuelta en 1857.

Uno de los principales fundadores del centro fue, Pedro Manuel de la Barcena, natural de Santander, quien legó en su testamento una casa en la calle de Cuyo. Nombró como Albacea a don Vicente Casares, vicecónsul de España y a don Ignacio Ángel Caballero. Sería Casares quien a la muerte de Manuel de la Barcena convocara en la Bolsa, a los españoles más influyentes con el objeto de reorganizar la antigua «comisión de Asilo» ya que, de lo contrario, la donación pasaría al consulado²⁰.

El 20 de noviembre de 1857 quedó reorganizada la Comisión de la Sociedad Española de Beneficencia, bajo a aprobación del Gobernador. A pesar de la puesta en marcha del proceso constitutivo del futuro hospital, surgieron numerosos inconvenientes habiendo de recurrir a los Tribunales de Justicia, quienes en 1875 fallaron a favor de la sociedad²¹.

En sesión extraordinaria celebrada en enero de 1870 en el Casino Español, se acordó incorporar el «Asilo de Beneficencia Española» al «Casino Español». Las obras de construcción del que se convertiría en el Hospital Español de Buenos Aires²², comenzaron el 30 de junio de 1872, inaugurándose el día 8 de diciembre de 1877 bajo la advocación de la Santísima Virgen Inmaculada Concepción de María, por celebrarse ese día su misterio y por ser además patrona de España. Para su inauguración, se celebró una gran fiesta en la que no faltaron las principales personalidades de la colectividad, así como los miembros de la comisión directiva formada por Martín Berraondo, Juan López, Pedro Moreno, Vicente Gutiérrez, Juan P. Echeverría, Damián T. Barón, Miguel de Madrid, Juan M. Martínez y Felipe Torroba, quienes corrieron con las obras hasta su terminación; los representantes de España en la Plata, Pérez Ruano y Castellanos; los del gobierno nacional y provincial, Rufino Elizalde, Bernardo Irigoyen, Victorino Plaza y Vicente Quesada, la comunidad franciscana, periodistas, cuerpo consular, militares argentinos y extranjeros de alta graduación e infinidad de familias, todos ellos alojados en romería bajo cuatro carpas alojadas en cuatro cuadras (manzanas) a la redonda²³.

La autoría de este primer establecimiento, ciertamente es dudosa. Se conserva un plano de la fachada del edificio, obra del arquitecto G. Algán, fechado en 1872 y

²⁰ SECADES FERNÁNDEZ, P., «Los hospitales de colectividades en Buenos Aires. La expansión del modelo europeo a ultramar», *XVI Congreso C.E.H.A., La multiculturalidad en las Artes y en la Arquitectura*, Las Palmas de Gran Canaria, 2006, tomo I, p. 473.

²¹ Revista *España*, año LVIII, n.º 265, p. 10. Editada por la Sociedad Española de Beneficencia, Hospital Español, Buenos Aires, Argentina.

²² ESCUDERO, P. (dir.): *El Hospital Español*, Buenos Aires, Anuario de Arquitectura e Ingeniería de la República Argentina, 1924.

²³ Caras y Caretas, dic. 1905.

ampliamente difundido como autor del edificio²⁴. Sin embargo, la fachada principal aparecida en dicho plano difiere ligeramente con las fotografías del establecimiento tomadas en 1905 y publicadas en Caras y Caretas.

Además, para este estudio ha podido localizarse en el Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires, un plano referente a planta y alzados del mismo establecimiento y fechado un año antes, en 1871. Este último había sido realizado el arquitecto de origen italiano, Benedetti²⁵, quien desarrolla una tipología de hospital claustral, que se correspondería inicialmente con el creado, y que al menos demuestra que hubo más de un proyecto para la construcción de dicho establecimiento. Si bien es cierto, que la fachada de este centro, sobre todo en la zona de remate al vano de acceso, difiere con el edificado. Curiosamente, también encontré el plano de Benedetti, poco después y en mal estado, en una de las dependencias del Hospital Español, pero sorprendentemente, en esta ocasión el pie de firma de Bendetti había desaparecido situándose en su lugar el siguiente texto: «*Buenos Aires, junio al 6 de 1872. Es copia. Fdo: G. Algán*». Evidentemente, el hecho de que Algán «copiase» el plano de Benedetti al detalle, con el cuerpo del acceso principal rematado por un reloj y no por una escultura, como en el firmado en 1872, podrían indicar algo más que una simple inspiración en el proyecto del propio Algán, pese a no coincidir tampoco con lo edificado.

El centro, ocupaba una manzana completa y estaba ubicado en el barrio de Balvaneda, abriéndose a las calles Moreno, Rioja, Deán Funes y a la Avenida Belgrano, una de las principales vías de comunicación de la ciudad. Contaba en el momento de su creación, con una capacidad para 125 camas y 53 empleados.

El Hospital estaba atendido en este momento por un Director Médico externo, por otro interno, cuatro practicantes, un farmacéutico, 13 enfermeros, un Capellán, 9 Hermanas de la Caridad y todo el servicio necesario. Los gastos del mismo, en 1888, estaban presupuestados en 57.000 pesos anuales. El centro se sostenía gracias a la suscripción mensual de los socios, la renta de algunas fincas, las pensiones de enfermos asistidos en un departamento especial y el monto de donativos. El 30 de septiembre de 1888, el centro contaba con 77 enfermos²⁶.

En 1906, debido a la necesidad de ampliar sus servicios, la Sociedad Española de Beneficencia, organizó, tal como solía hacerse en territorio español, un concurso público para que los arquitectos que así lo deseasen proyectasen una planta en altura en la fachada principal del edificio, abierta a la calle Belgrano.

²⁴ *Ídem*, nota 19.

²⁵ Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires. El plano se encontraba en los fondos del archivo, sin inventariar. No posee ningún código de registro, al igual que la mayoría de los datos obtenidos para este estudio en los archivos argentinos, debido a la práctica inexistencia de personal con el que manejan. Afortunadamente, en este caso se conservó y pudo localizarse a base de mirar una por una docenas de cajas con diversos documentos de la época, y gracias siempre a la voluntad de los empleados/voluntarios del centro.

²⁶ *Censo de la Capital Federal de 15 de septiembre de 1888*, Buenos Aires, Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires, tomo I.

Aunque su propuesta original no fue aceptada, se convocó para hacer dicha ampliación al arquitecto de origen español Julián García Núñez (Buenos Aires 1875/1944). De madre catalana y padre zamorano, realizó sus estudios de secundaria y universitarios en Barcelona, donde se casa y establece su residencia. Desde aquí, desempeñará su labor como arquitecto tanto en Barcelona como en Asturias y Galicia hasta 1903, año en que regresa a Argentina²⁷.

García Núñez tuvo que amoldar su proyecto al gusto de los contratantes. Avelino Gutiérrez, doctor de origen montañés y director del centro, jugó un papel destacado en esta ampliación.

El edificio original ocupaba, una manzana cuadrada. La distribución del centro en base a una tipología claustral, atípica en el Buenos Aires del momento (imperaban los centros pabellonales), obligó al arquitecto a circunscribirse a dicha distribución, sin apenas poder modificarla. Su respeto hacia la estructura precedente, le llevó incluso a considerar su actuación sobre el inmueble como una «restauración», gesto que inmortalizó en la fachada del edificio bajo el término «Restaur. 26 de abril de 1908».

En su intervención García superpuso un piso principal sobre la planta baja construida en el siglo XIX. La dificultad radicaba en no disponer una construcción sobre otra, sino en realizar un todo unitario, sin rupturas visuales. Para ello, respetó en todo momento el ritmo de ventanas preexistente, haciéndolo coincidir con las aberturas de la nueva planta. Esto confirió al edificio de una mayor verticalidad, acentuada aún más por la disposición de tres cúpulas, dos laterales y una central de mayores dimensiones, sobre una suerte de tambores cuadrangulares, todos ellos horadados mediante vanos verticales y rectangulares de gran estrechez, dispuestos uno tras otro y separados por una fuerte molduración que se prolonga debajo de la cornisa en forma escalonada a modo de ménsula. Estos cuerpos, sobresalientes en altura, marcaban una fuerte simetría biaxial en la fachada, quedando ésta distribuida en dos cuerpos por tres entrecalles. Pero la verdadera novedad vino de la mano del arquitecto a través de su fuerte impronta catalana, al conferir establecimiento de una piel modernista, jugando con las molduraciones así como con el color a través del revestimiento con diversos materiales (cerámicas, vidrieras, detalles de herrería, etc.), y con un estilo rectilíneo siguiendo algunos principios estilísticos de la «Escuela Secesión Vienesa» o del «Art Noveau»²⁸.

La planta baja del edificio aparece resuelta a través de una serie de molduras o fajas horizontales y paralelas entre los vanos preexistentes del edificio antiguo, al tiempo que practica entre estos falsos vanos ciegos, inexistentes en la formulación anterior, y que le permiten continuar el ritmo impuesto en la planta principal. Esta

²⁷ GUTIÉRREZ, R. (coord.), *Julián García Núñez, Caminos de Ida y Vuelta*, Buenos Aires, Ed. CEDODAL y la Fundación Carolina, 2005.

²⁸ ADAMS FERNÁNDEZ, C., «La exaltación de lo europeo en la ciudad hispanoamericana del siglo XIX», *Actas de las III Jornadas sobre Imagen, cultura y tecnología*, Madrid, Universidad Carlos III, 2005, pp. 235-246.

sencillez de la planta baja, que visualmente actúa a modo de pódium, contrasta con la decoración de la planta principal, donde el arquitecto nos presenta una plasticidad muy superior y esta vez en sentido vertical, con un fuerte juego de claroscuros acentuado aún más si cabe por el empleo de tonalidades claras en todas las molduras y fuertes en los paños. Todos los vanos se salpicaron de vidrieras de estilo modernista, repletas de elementos filiformes de temática floral.

Así mismo, el empleo de elementos cerámicos se hizo notable tanto por su extensión como por las tonalidades de los mismos, disponiéndose a modo de escamas verdes en las cubiertas de las cúpulas, en una formulación típica de la arquitectura gaudiniana. La cúpula central contaba con un gran reloj que culminaría la franja central de la fachada, sobre el acceso principal del edificio. Por su parte, las cúpulas laterales presentarán un cinturón cerámico decorado con figuras femeninas culminado una suerte de medallón.

Desgraciadamente, a pesar de lo significativo de la obra y a diferencia de lo ocurrido en los centros de otras comunidades, el edificio sufrió una grave mutilación en 1975, perdiéndose casi dos terceras partes del mismo, en concreto, el lateral de la calle Rioja esquina Belgrano, hasta pasado el acceso principal. Por tanto, entre otras significativas pérdidas hay que lamentar la desaparición del vestíbulo principal presidido por una impresionante escalera, que contaba con un tramo único en su arranque para dividirse a mitad de planta en dos escaleras semicirculares siguiendo los paños de la fachada interior. En su lugar, la dirección del centro hospitalario levanto, en 1975, un edificio de nueva planta y ocho alturas en respuesta a la creciente demanda en el número de camas hospitalarias a las que debía hacer frente el centro.

En la actualidad y, lamentablemente, el edificio se encuentra en pésimas condiciones. Prácticamente toda su fachada cuenta con graves desprendimientos mientras que su interior sigue mutilándose al aprovechar la altura de los techos para crear tres plantas en lugar de dos. Además, el centro cuenta con zonas abandonadas absolutamente insalubres, que actúan como foco de infecciones propiciando las plagas de insectos, roedores, etcétera.



FIG. 1. *Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina. 1924.*



FIG. 2. *Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina. 1925.*



FIG. 3. *Hospital Francés. Buenos Aires, Argentina. 1925.*



FIG. 4. *Hospital Británico. Buenos Aires, Argentina. 1925.*



FIG. 5. *Sede de la Sociedad Española de Beneficencia. Buenos Aires, Argentina.*



FIG. 6. *Sede de la Sociedad Española de Beneficencia. Buenos Aires, Argentina.*



FIG. 7. *Hospital Español. Buenos Aires, Argentina. 1872.*



FIG. 8. *Hospital Español Interior. Buenos Aires, Argentina.*



FIG. 9. *Hospital Español. Buenos Aires, Argentina.*