



---

## Tuberculosis y Enfermedad Mental.

### La Continuidad del Aislamiento en la Ciudad de Buenos Aires durante el Siglo XX

---

**Alejandro Kohl**  
Asociación Médica Argentina  
[alekohl@yahoo.com.ar](mailto:alekohl@yahoo.com.ar)  
<http://la-salud-de-nuestra-america.over-blog.es>

---

#### **Resumen:**

Las enfermedades mentales graves y la tuberculosis son afecciones muy disímiles desde casi todo punto de vista. No obstante, la organización institucional de la ciudad de Buenos Aires para el tratamiento de la tuberculosis en la primera mitad del siglo XX y la de las enfermedades mentales en su segunda mitad, guardan sugestivas similitudes. El motivo es la convergencia de ambas con estrategias de control social. Esto fue propiciado por condicionantes tanto sociales como técnicos, pero principalmente por valores fuertemente arraigados en la población. La implementación del aislamiento de los afectados para garantizar en primer lugar el orden público y después su tratamiento, dio origen en cada caso a una red de instituciones cuyas similitudes dan testimonio de la continua propensión a priorizar el control social a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud.

**Palabras claves:** aislamiento, tuberculosis, enfermedad mental, Buenos Aires.

**Abstract:****Tuberculosis and mental disease. Continuity of isolation in the 20th Century Buenos Aires City**

Serious mental illness and tuberculosis are very dissimilar diseases from almost every point of view. However, the institutional organization for tuberculosis treatment in the city of Buenos Aires in the first half of the 20<sup>th</sup> century and for mental illness in the second half, keep suggestive similarities. The cause is the convergence of both of them with social control strategies. This was favored by social and technical determining factors, but mostly, by deeply rooted values among the population. The implementation of isolation measures for the sufferers –in order to, first of all, guarantee public order and, secondly, their treatment- arose in each case an institutional network whose similarities bear witness to the continued propention to prioritize social control over disease prevention and health promotion.

**Keywords:** isolation, tuberculosis, mental disease, Buenos Aires.

Fecha de recepción: febrero de 2010

Versión final: junio de 2010



## Introducción

La tuberculosis y las enfermedades mentales graves son afecciones muy disimiles cuando se las considera desde el punto de vista clínico y también desde el epidemiológico. Sin embargo, los sistemas de atención a los que cada una de ellas dio origen en Buenos Aires guardan tan estrechas similitudes que motiva a la comparación. Durante la primera mitad del siglo XX la tuberculosis constituyó la enfermedad en torno a la cual más se debatió. La inexistencia de un tratamiento eficaz y su contagiosidad la situaron como una afección peligrosa y capaz de comprometer el orden público. La respuesta consistió en intentar hacerla circular por espacios conformados por dispensarios y hospitales reservados exclusivamente para los afectados. Una ordenanza del año 1902 legitimó el fuerte sesgo aislacionista de esta red de instituciones. Tal estado de cosas se mantuvo hasta promediar el siglo, cuando la BCG y los primeros antibióticos introdujeron a esta afección dentro del campo de dominio de la ciencia médica. Consecuentemente, la población considerada internable se redujo hasta abarcar sólo a los pacientes bacilíferos positivos.

No obstante, el aislamiento no desapareció. Otro tipo de padecimiento mantendría la sanción de la enfermedad antes como peligro público que como objeto de la ciencia médica. Se trató de las enfermedades mentales. En este caso, los pacientes que habían adquirido incapacidades como consecuencia de su afección y no podían autovalerse debían permanecer aislados. Pero más aun debían estarlo aquellos otros que por sus ideas delirantes o por el tipo de conducta que desplegaban podían considerarse peligrosos para sí o para terceros; estos debían ser aislados en medios hospitalarios especializados y compensados como condición necesaria para su retorno a la sociedad. El tratamiento farmacológico de las enfermedades mentales no permitió reducir el número de internaciones en forma tan abrupta como ocurrió con la tuberculosis. Al igual que en este último caso un conjunto de instituciones asistenciales fueron conformando un circuito por donde los enfermos mentales se han desplazado en correspondencia con un sistema legal que antepone el riesgo a las demás características de estas afecciones, sustentando de este modo el andamiaje que prioriza el control social sobre la función terapéutica.

Este artículo sostiene que en definitiva, si la dinámica de control social que envolvió por igual a ambas patologías pudo existir fue porque más allá de la creación de espacios institucionales donde primó una lógica afin, la persistencia del aislamiento se afianzó en valores socioculturales de firme raigambre en la población. Es decir que la población misma se convirtió en garante del sistema de exclusión cuando pasó a abrigar ciertos valores vinculados al individualismo y en los cuales sustentó un imaginario capaz de legitimar la función meramente



asistencial y el perfil aislacionista del sistema. Los médicos fueron convocados en esas circunstancias como tecnificadores de esa voluntad popular, como garantes del aislamiento.

## La tuberculosis

No todos los profesionales de la salud han comulgado a lo largo del último siglo con las estrategias de control social. Por el contrario, fue el ideal de muchos de ellos practicar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Sin embargo, sus estrategias no se han mostrado suficientemente eficaces para doblegar los designios de una proto-cultura sanitaria aislacionista (Kohl, 2006, p. 105-133).

Al igual que en el caso de las demás enfermedades infectocontagiosas, existía la pretensión –sólo escasamente satisfecha- de aislar a los afectados de tuberculosis para evitar la propagación de la enfermedad. A fines del siglo XIX cuando la incidencia de la enfermedad comenzó a ascender, se destinó a este fin el Hospital Francisco J. Muñiz y poco después, a comienzos de siglo siguiente la planificación institucional contra la tuberculosis hundió sus raíces en los principios teóricos del Higienismo. Su artífice dilecto, Emilio Ramón Coni, además de incrementar ampliamente el número de camas destinadas al aislamiento de pacientes habilitando con este fin el Hospital Enrique Tornú en 1905, dio gran importancia a la prevención. En 1901 fundó la Liga Argentina Contra la Tuberculosis, entidad que llegaría a disponer de cuatro dispensarios en la Capital Federal y dos en Rosario cuyos servicios eran gratuitos. Estas instituciones estuvieron destinadas tanto a los pacientes ambulatorios como a la población sana. Allí se implementaban medidas preventivas como el cultivo de esputo gratuito entre los individuos sospechosos de portar la enfermedad, medidas de seguimiento domiciliario de los casos y actividades de divulgación destinadas a la población en general mediante la publicación de revistas y la organización de “conferencias populares” (Coni, 1919).

Consecuentemente con esta estrategia que asociaba aislamiento y prevención, Coni influyó para que se implementaran medidas de higiene sobre diversos grupos poblacionales principalmente entre los niños. Se ocupó de promover una adecuada nutrición infantil, el incentivo al ejercicio físico y una educación destinada a desalentar el consumo de alcohol. Colonias de vacaciones, consultorios y dispensarios para lactantes, institutos de puericultura, un mayor control sanitario de la leche y otras medidas tradujeron el ideal en boga en la época de fortalecer la “raza” para volverla refractaria al contagio (Coni, 1919).

El aislamiento y la prevención se articularon en la Ordenanza sobre profilaxis general de la tuberculosis promulgada por la municipalidad porteña en 1902. En lo que concierne al aislamiento, allí se prescribía la denuncia obligatoria de los casos, la desinfección de inmuebles,



el secuestro de pertenencias y la internación compulsiva con apoyo policial si fuera necesario. Tales medidas guardaban continuidad con las consignadas en la Ordenanza municipal de 1892 que establecía medidas similares para los enfermos infecciosos en general. Por su parte, la Ordenanza de 1902 prescribía además medidas de profilaxis en lugares públicos, como la instalación de saliveras, la fijación de carteles prohibiendo escupir en el suelo, la prohibición de utilizar alfombras, el lavado periódico obligatorio de los pisos con sustancias antisépticas, la desinfección de billetes de curso común y de los libros de las bibliotecas públicas y otras más que componían conjuntamente un obsesivo control de los espacios públicos tendiente a evitar el contagio (Recalde, 1997, p. 223-228).

De este modo, la ciudad de Buenos Aires llegó a contar a principios de siglo con un sistema de salud rigurosamente planificado para aislamiento y prevención de la tuberculosis aunque no para su tratamiento. En efecto, el costado más débil de la “lucha antituberculosa” fue sin duda su terapéutica. Desde mediados del siglo XIX, los médicos prescribían la “cura higiénico-dietética” consistente en una dieta adecuada acompañada de descanso en ciertos lugares cuyo aire puro podría llegar a erradicar el bacilo de los pulmones. De claro sesgo clasista, este tipo de práctica además de ser ineficaz se encontraba solamente al alcance de aquellos que podían interrumpir sus compromisos laborales para gozar de un largo tiempo de descanso en el lugar considerado ideal: las sierras cordobesas. Se agregaron además otras posibilidades pseudo-terapéuticas como la lobectomía pulmonar y una proliferación de tónicos y compuestos farmacéuticos que periódicamente aparecían en el comercio proporcionando algún viso de esperanza a los afectados. Incluso se intentaron un suero y una vacuna (Armus, 2007, p. 379-394). Pero no existió ninguna posibilidad de curación efectiva durante la primera mitad del siglo. La solución terapéutica real advendría a principios de la década de 1950 con la vacuna BCG y el descubrimiento de la estreptomina. A partir de entonces, las medidas implementadas por el higienismo disminuirían rápidamente en importancia frente al tratamiento científico de la enfermedad.

Mientras la tuberculosis permaneció sin cura, su impacto sobre la subjetividad reforzó el perfil aislacionista del sistema de atención. La consecuencia de la falta de cura asociada a la búsqueda del aislamiento como solución fue la estigmatización del afectado. Esto significa que aun recobrada la salud, el hecho de haber padecido la enfermedad situaba a muchas personas en la condición de “tuberculoso” por mucho más tiempo de lo que la afección biológica duraba. La disposición permanente a relacionar consigo mismo lo sucedido con otros afectados o la necesidad de reafirmar reiterativamente la condición de sano, llevaba a efectuar consultas innecesarias al facultativo, como también lo propiciaban cualquier signo o síntoma asociable a la enfermedad conjuntamente con la insistencia al respecto de familiares y amigos. De este modo, aun sano el paciente continuaba transitando por los circuitos reservados a la tuberculosis



(Cetrángolo, 1945, p. 153-164). Así, el espacio de exclusión en torno a la enfermedad llegó a ser simbólico además de institucional y situada ya en el terreno del imaginario ella trascendió hasta participar en la configuración de la cultura urbana en general (Kohl, 2006, p. 105-128).

### Las enfermedades mentales

La incorporación de la tuberculosis al campo de la ciencia permitió su curación pero no dio fin al aislamiento. Si en adelante sólo los enfermos bacilíferos positivos continuarían siendo internados y además por lapsos cortos, las prácticas aislacionistas sobrevivirían en torno a otras enfermedades y las mentales se encontrarían entre las primeras. Por supuesto, el aislamiento en este caso se practicó desde mucho tiempo antes que la tuberculosis se propagara y la sobrevivió luego de su declinación hasta la actualidad. Lo distintivo en este caso es que la ciencia no ha causado hasta ahora el mismo efecto desalentador del aislamiento que en el anterior. Ciertamente, existieron importantes intentos por parte de los médicos para evitar el destino de exclusión que signaba tanto a sus pacientes como a sus prácticas. Pero tras cada intento sobrevinía el fracaso.

La base institucional para el aislamiento de los pacientes mentales se vinculó inicialmente a la caridad y a la beneficencia. En 1854 las enfermas mentales alojadas en la cárcel y en las comisarias fueron destinadas al nuevo Hospicio de Mujeres (actual hospital Braulio Moyano), institución a cargo de la Sociedad de Beneficencia que reproducía en la asistencia de las internadas los criterios utilizados en las casas de recogimiento administradas por la Iglesia. En un principio los médicos constituyeron aquí una presencia externa mientras que las religiosas de las órdenes hospitalarias recién llegadas al país eran las verdaderas responsables del espacio institucional. Lejos de consolidar el aislamiento, ellas utilizaron un sistema de internaciones cortas, promoción de las altas y permisos de salida de acuerdo con los méritos obtenidos por las internadas en el transcurso de las tareas encomendadas. Se produjeron además escasas reinternaciones (Ingenieros, 1920, p. 186-212; *Sociedad de Beneficencia...*, 1913).

Por iniciativa de la Sociedad Filantrópica, en 1863 los alienados del Hospital General de Hombres pudieron pasar al nuevo Hospicio de San Buenaventura, poco después rebautizado como Hospicio de las Mercedes (actual hospital José T. Borda). La historia en este caso es muy diferente a la de la institución anterior. Desde un principio los médicos quedaron a cargo pero no demostraron un verdadero dominio del espacio interno. Al desorden imperante se agregó posteriormente el derivado del exceso de pacientes internados con respecto a las camas disponibles. Recién cuando habían transcurrido casi dos décadas -con la llegada a la dirección



del hospicio de Lucio Meléndez- el dominio médico se impuso. No obstante, la presión en la solicitud de camas se agravó aun más con el incremento de la inmigración en virtud de que la mayoría de los migrantes eran hombres. Todo ello devino en la ocupación permanente en construir nuevos pabellones y ampliar los existentes, labores a las que se destinó a aquellos internados que se encontraran en condiciones de llevarlas a cabo. Al igual que en el caso del Hospicio de Mujeres también aquí en un inicio las internaciones tendieron a ser cortas y escasas las reinternaciones (Gache, 1881). Pero luego de transcurridas algunas décadas la reclusión se iría tornando cada vez más rigurosa en ambas instituciones hasta igualarlas en su condición de reclusorios.

Uno de los alienistas que dirigieron el Hospicio de las Mercedes –Domingo Cabred- hizo quizás la primera crítica al aislamiento y a las malas condiciones de vida de los pacientes mentales en los manicomios. Así, en 1901 fundó la Colonia Nacional de Alienados en la provincia de Buenos Aires, establecimiento que funcionó con un sistema ideado en Escocia denominado de “puertas abiertas” (*open door*) por el cual los afectados transcurrían su internación sin perder el contacto con la comunidad circunvecina al hospital (Cabred, 1894). Aquellos que se encontraban en condiciones aceptables eran alojados en las casas de los pobladores donde prestaban servicios como obreros o agricultores. Otras medidas también nos hablan de las laxas barreras existentes entre esta institución y el exterior. Por ejemplo, los permisos de salida se otorgaban en muchos casos contando con la palabra dada por el paciente de retornar luego del lapso estipulado, medida que salvaguardaba la condición de los internados como sujetos capaces de responsabilizarse por su palabra (Malamud, 1972, p. 27-30). No obstante, la institución cumplió a lo largo del tiempo la misma trayectoria que los dos hospicios mencionados anteriormente: tendió a cerrarse hasta adoptar un perfil manicomial clásico. En cambio, la denominación “hospital de puertas abiertas” trascendió como un eufemismo hasta llegar a adjetivar a todas las instituciones hasta aquí mencionadas y otras más, sin desmedro de su condición manicomial.

Basada en el modelo ofrecido por la asistencia a los enfermos de tuberculosis, en 1929 surgió la Liga Argentina de Higiene Mental. Ella expresó nuevamente las aspiraciones de los alienistas por superar la función del manicomio. El énfasis recayó entonces en mejorar las condiciones ambientales que rodeaban al enfermo mental. La enfermedad mental debía ser prevenida y tratada en sus estadios más precoces para evitar las posteriores internaciones en establecimientos para crónicos. La principal institución postulada para este fin fue el dispensario. En su condición de boca de entrada del sistema, se realizaba allí la evaluación de los pacientes y la derivación respectiva de acuerdo con sus características psicopatológicas. Al respecto, las posibilidades eran el tratamiento ambulatorio, la hospitalización voluntaria con libertad para darle fin bajo la propia responsabilidad del paciente o de su familia, la internación



en un servicio de puertas abiertas para enfermos mentales leves o bien, la internación en un hospicio. Por otra parte, el dispensario poseía asistentes sociales que llevaban a cabo el seguimiento de pacientes en la comunidad. La organización institucional establecida de este modo se basaba en la concepción de los “grados intermedios de enfermedad mental”, designación con la cual se abarcaba a una población mucho más amplia que la compuesta por los afectados. Las aspiraciones de la Liga se extendían así hasta alcanzar a diversos grupos considerados de riesgo sobre los cuales debía realizarse estrecha vigilancia dada la posibilidad existente de aparición de nuevos afectados y más allá aun, sobre toda la sociedad con fines de detección precoz y remisión a tratamiento temprano de los casos, lo cual redundaría en tratamientos más cortos y mayor posibilidad de éxito terapéutico (Klappenbach, 1999).

En 1947 se creó el Instituto de Salud Mental, dependiente del Ministerio de Salud Pública como ente centralizador a nivel nacional de los hospitales psiquiátricos. Al año siguiente el ministro Ramón Carrillo inauguró el Instituto de Psicopatología Aplicada –actual Centro de Salud Mental No. 3 “Dr. Arturo Ameghino” (Ministerio de Salud de la Nación, 1948). La idea de su creación continuaba linealmente aunque con otras denominaciones los fines higienistas de la Liga... El Instituto llevaría a cabo además actividades formativas y de investigación.

A partir de la ley Kennedy de 1963 y bajo la influencia de la corriente de Psiquiatría Comunitaria, se extendió el número de centros de salud mental a nivel nacional y se crearon los servicios de psicopatología de los hospitales generales. Una vez más, mueve este accionar la idea de crear alternativas a los hospitales psiquiátricos. El modelo de dichos servicios sería el del policlínico “Prof. Dr. Gregorio Aráoz Alfaro” de Lanús a cargo de Mauricio Goldemberg, donde las prácticas psiquiátricas alternaban con las psicológicas, el tratamiento individual con el grupal y las prácticas institucionales de rehabilitación con tareas promocionales realizadas directamente en la comunidad.

La ciudad de Buenos Aires incorporaría todavía cuatro instituciones más: el Hospital Infante Juvenil “Dra. Carolina Tobar García” (1968) y dos centros de salud mental: el No. 1 “Dr. Hugo Rosarios” (1970), el No. 2 (1972) situado en San Telmo –de corta vida- y el Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear” (1983). Este último estaría destinado a pacientes psiquiátricos con patología aguda y contaría con camas de internación, guardia y ambulancia integrada a la red de emergencias de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Aunque desde la óptica de los profesionales tratantes la red de instituciones de salud mental es inexistente ya que cada una parece funcionar prescindiendo de las restantes, desde la de los pacientes, la red compone un circuito absolutamente unívoco cuyo tránsito constituye para muchos de ellos un destino inexorable. Descrito en toda su extensión, se inicia en el centro de salud mental o en el servicio de psicopatología de cualquier hospital general, prosigue



con una o más internaciones en el hospital Alvear como consecuencia de las emergencias intercurrentes y finaliza en los hospitales Borda o Moyano con internaciones mucho más prolongadas e incluso de por vida.

### **El correlato legal de las prácticas**

Los médicos no actuaron solos en la fragua de este destino de exclusión del cual han sido a la vez artífices y críticos. El sistema legal coadyuvó con ellos legitimando los aspectos más excluyentes de sus prácticas.

Desde fines del siglo XIX el incremento demográfico de la ciudad de Buenos Aires llevó a sobrepasar reiteradamente las posibilidades de alojamiento de los hospicios. Una medida crucial que signó el destino de estas instituciones tuvo lugar cuando en 1880 fue nacionalizado el hospital de alienadas. El gobierno prohibió entonces la internación de más pacientes, medida que encontró como corolario la adoptada por los funcionarios a cargo del establecimiento que restringieron las futuras internaciones a aquellas pacientes cuyo estado mental representase *un riesgo para sí o para terceros*. Se consideró que las enfermas tranquilas podrían ser asistidas en sus domicilios. Más allá de disposiciones posteriores –de carácter excepcional- como la relativa a la fundación en 1895 de un pabellón especialmente destinado a enfermas tranquilas, este criterio condenó a las instituciones psiquiátricas a cumplir una función de control social antes que terapéutica a lo largo de todo el siglo XX y hasta la actualidad. En adelante el manicomio primero y el sistema conjunto de las instituciones destinadas a la salud mental después, tendrían por objetivo prioritario la salvaguarda del orden público mientras que la rehabilitación de los afectados quedaría relegada a un segundo plano.

El estudio de los diferentes contextos en los que se articuló la peligrosidad de los pacientes psiquiátricos con las ideologías de época a lo largo del siglo XX excede los límites de este trabajo, pero podemos dirigirnos directamente a las últimas décadas del siglo para repasar las circunstancias donde quizás prevaleció la mayor sutileza en el encubrimiento de este mandato que recae sobre las instituciones en cuestión hasta el día de hoy. La problemática de los derechos humanos que acompañó al advenimiento de la vida institucional en 1983 alcanzó al ámbito de la salud mental donde estuvo representada por algunos replanteos en torno a los derechos de los pacientes psiquiátricos internados. Ese año fue sancionada la ley nacional 22.914. Su objetivo principal consistía en proporcionar protección judicial al enfermo mental haciendo especial énfasis en los enfermos mentales incapaces (Cárdenas, 1983). Esta ley buscaba incrementar la injerencia del poder judicial en la práctica psiquiátrica como forma de protección de tales derechos. El concepto de “derechos humanos” allí presente no cuestionaba



el hecho en sí de la reclusión custodial, sólo estipulaba lo relativo a las condiciones de subsistencia del paciente en la institución e intentaba acortar los plazos de permanencia en la misma.

La ley de internación se limitaba a regular los procedimientos de que podían ser objeto los enfermos mentales crónicos, pero guardaba silencio con respecto a los pacientes que atravesaban estadios más precoces de su patología. Esto no resultaría significativo de no ser porque esta ley surgía en un marco legal más general donde –salvo algunos casos puntuales– existía un vacío con respecto al status de los pacientes mentales no internados. Y por si fuera poco, la inscripción de tal vacío en el marco de la legislación tenía lugar en el entramado legal del riesgo. Esto último significa que de las muchas características atribuibles al enfermo mental o que permiten componer su figura legal, la legislación ha jerarquizado sobre todas las demás el riesgo a que su enfermedad lo expone a él mismo o bien, a terceros. De este modo se ha desalentado el ejercicio de las prácticas de promoción ya que los riesgos enfrentados por éstas no han sido considerados en su naturaleza específica. Incluso el mismo concepto de "promoción" ha permanecido en contradicción con el de "riesgo" en tanto siempre se asumen riesgos cuando se intenta llevar a cabo acciones de promoción de la salud mental y ellas entran en contradicción con un sistema legal adverso (Schiappa Pietra, 1992, p. 95-98). En segundo lugar, a la presión que opera sobre los hospicios desde las demás instituciones del sistema de salud mental se sumó la del poder judicial, el cual amplifica las deformaciones de la dinámica del proceso a través de la característica lentitud de su gestión.

Esto quiere decir que el sistema legal vigente durante todo el período estudiado contempló el riesgo con prioridad a cualquier otra característica de estos padecimientos. Por ese motivo persiste la necesidad de internación compulsiva. Así llegamos a un resultado similar aunque menos evidente al de la ordenanza contra la tuberculosis antes mencionada. El sistema legal mismo ha legitimado los procedimientos custodiales priorizando la *peligrosidad* de igual modo en que lo hizo antes –en el caso de los enfermos de tuberculosis– con respecto a la *contagiosidad*. En ambos casos prima una única característica de la afección que es la de ser riesgosa.

## La terapéutica de las enfermedades mentales

Decíamos que ninguna forma de terapia para las enfermedades mentales tuvo la contundencia que los antibióticos demostraron frente a la tuberculosis. De una u otra manera, cada una de ellas se hizo solidaria de la función manicomial del sistema de salud mental. La forma de tratamiento más antigua aun vigente –el tratamiento moral– fue instaurada en el



ámbito manicomial cuando Lucio Meléndez ejerció su dirección. Se trataba de un conjunto de técnicas conducentes a reencuadrar al paciente dentro de los requerimientos disciplinarios de la institución (Foucault, 1967, p. 126-173). A lo largo del siguiente siglo las técnicas variaron y lejos de restringirse a la condición de instrumentos terroríficos como cajas de contención, duchas frías, cuartos de aislamiento o camisas de fuerza, también incluyó al trabajo. La construcción de los nuevos pabellones del hospicio de las Mercedes a la que ya me he referido estaba encuadrada en esta forma de terapia del mismo modo que la publicación de una revista de la que me ocuparé después. Por su parte, en diferentes épocas las internadas del hospicio de mujeres llevaron a cabo tareas como la confección de ropa para el ejército o la fabricación de escobas y enseres domésticos. En el caso de esta última institución, el tratamiento moral se estilizó hasta el punto de incluir un sistema de recompensas para estímulo de las mejores consistente en recibir un mayor número de permisos de salida, la obtención de vestidos más vistosos o bien, alguno de los dos bienes más preciados –al parecer- en todas las épocas en ambos hospicios: yerba mate y cigarrillos (Orozco y Dávila, 1994).

Desde el punto de vista técnico, los sucesivos tipos de terapia implementados a lo largo del siglo demostraron una desigual utilidad para consolidar las estrategias de control social pero siempre afianzaron el sistema institucional. La psicofarmacología moderna se inició en 1953 con el desarrollo de la clorpromazina. A partir de entonces se han sucedido sin interrupción una multiplicidad de fármacos cuyo impacto ha sido significativo tanto en el espacio manicomial como en la población general. Indudablemente, el procedimiento de regular metabólicamente la actividad cerebral ha hecho más dócil la mente humana a la ciencia médica, pero el hecho mismo de poderlo hacer no aporta respuesta alguna a la pregunta que interroga por la finalidad de estas prácticas. En este sentido se puede asociar el uso de psicofármacos a objetivos de control social, tratamiento sintomático y –lo que ocurre en forma mucho más acotada- tratamiento curativo. Independientemente de cual sea la finalidad que prevalezca puede afirmarse que las conductas humanas son reguladas por este medio sólo parcialmente y por lo general requieren el complemento de otro tipo de terapias. Así, al contrario de lo sucedido con la tuberculosis, la enfermedad mental no ha podido ser dominada hasta el momento por medio de los psicofármacos exclusivamente.

Por su parte, las prácticas psicoterapéuticas se han diversificado y expandido su influencia paulatinamente desde mediados de siglo. En general tuvieron su origen en espacios ajenos al ámbito manicomial y han demostrado gran dificultad para instalarse allí aunque en las últimas décadas lo hayan logrado en alguna medida. Su campo de acción directo fueron los pacientes ambulatorios. Sin duda la palabra constituye el más versátil de los instrumentos del profesional de salud mental. Pero más aun que las otras tecnologías, se encuentra regulada por el contexto en que se profiere. En particular la psicoterapia individual –la más extendida de las



formas de psicoterapia- reproduce las condiciones de aislamiento de todo el sistema de atención cuando se desarrolla desvinculada de otro tipo de contextos que la integren y le provean pertenencia. De hecho, la historia del psicoanálisis en la Argentina se encuentra jalonada por esta última problemática. La Asociación Psicoanalítica Argentina –fundada en 1942- tuvo su auge inicial durante los dos primeros gobiernos peronistas. Creció en el confinamiento del consultorio hasta que después del “Cordobazo” diversos miembros de esa institución presentaron su disconformidad por la falta de compromiso con la realidad política que atribuían a los miembros más conservadores. El avance del psicoanálisis comprometido y de otras psicoterapias igualmente comprometidas con las diferentes alternativas políticas que se desplegaron en esa época perdió vigor con la dictadura militar de Videla, cuando fue cerrada la carrera de psicología y se consideró a los psicoanalistas como subversivos. Con el retorno de la organización constitucional del país, la carrera de psicología se reabrió en la Universidad de Buenos Aires y ahora -además- con la jerarquía de facultad. Pero desde entonces las corrientes psicológicas oficiales –ya más integradas institucionalmente- evidenciaron una gran tibieza en cuanto a considerar nuevamente su compromiso con los objetivos culturales de la comunidad de cultura donde operaban. De este modo se tornaron más o menos directamente solidarias de los designios del modelo aislacionista de abordaje de las enfermedades mentales.

### **El impacto sobre la subjetividad**

Suspendamos por un momento la enumeración de los factores que coadyuvaron para garantizar el aislamiento de los enfermos y consideremos sus repercusiones sobre su subjetividad ya que –más allá de los factores aquí tratados- ella también interviene en alguna medida como elemento crítico o convalidante de la exclusión.

Al contrario de lo sucedido en el contexto del aislamiento de los enfermos de tuberculosis, donde diversos hechos cotidianos considerados injustos o abusivos pusieron en evidencia “una muy vasta gama de reacciones, de la adaptación a la protesta” (Armus, 2007, p. 365), en el de los pacientes mentales encontramos una escasa variabilidad. Casi siempre las respuestas fueron pasivas. Por supuesto, tal afirmación se encuentra viciada por el hecho de que muchas manifestaciones de descontento, impaciencia o sufrimiento fueron consideradas como expresión de la propia patología de los pacientes. No obstante y pese a ello, es característico de los hospicios que las condiciones de vida sean asumidas con gran pasividad. Podemos precisar algunos datos al respecto consultando la revista *Ecos de las Mercedes: el Organó de la Chifladura* (Dellacasa y Montagne, 1998, p. 22). Se trata de una publicación escrita e impresa por los internados del Hospicio de las Mercedes entre 1905 y 1907 en la



impresión de la institución. Por lo que se desprende de sus páginas, los días transcurrían allí iguales y monótonos, la temporalidad se limitaba al ritmo diario de las comidas y las tomas de medicación. Algunas festividades interrumpieron esa cotidianeidad: por ejemplo, el día de la virgen de las Mercedes de 1905 –patrona del hospicio- fue especialmente apto para que los creyentes asistieran a dar muestras de devoción. La banda de música -formada por pacientes- contribuía a alegrar el ambiente y daba participación a la distancia también a quienes no asistían. Además, ese día hubo comida especial como asado con cuero, vino, pastelitos y chocolate... Se trata de una situación excepcional de las que los sucesivos números dan unos pocos ejemplos más. Pero son sólo eso: excepciones. El orden institucional está decididamente invadido por la monotonía y ésta se encuentra a su vez, sustentada por la pasividad de sus moradores.

No obstante, para poder tener una idea del grado de cuestionamiento a la institución por parte de los pacientes, la revista nos ofrece algunas cartas de aquellos que se fugaban. Todas están dirigidas al director del hospicio, no demuestran resentimientos, reconocen la jerarquía institucional y se dirigen a su destinatario como a un padre o a un amigo de confianza. Predomina el relato descriptivo aunque en algún caso, el autor deja traslucir cierta añoranza por los años allí vividos pero sin demostrar intenciones de volver. Por último, transcribo íntegramente el texto de una de estas cartas dirigida al "Signore Direttore. Dottore Domingo Cabred" por el prófugo Juan Crusetti el 26 de marzo de 1902, mismo día en que se fugó. "Vi participo che io sono maritato e ho una moglie giovane e bella, e non e raggionevole de stare tanto tempo senza vederla. Per cio me nevado vía. E á rivederlo, signor direttore." Valga este ejemplo como demostración de defensa de la referencia al mundo externo a la institución. En cambio, el destino reservado para quienes no estuvieran dispuestos a mantener de algún modo dicha referencia era además del olvido, la pena de compartir el propio olvido con otros olvidados (Dellacasa y Montagne, 1998).

### **Más allá de la institución asistencial**

Los sistemas institucionales desarrollados en torno a la tuberculosis y a la enfermedad mental constituyen los ejemplos más claros –aunque no los únicos- de respuesta a los mismos designios: aislar a las personas que ponen en riesgo a sus semejantes. Aunque ya hemos visto a lo largo del presente estudio el modo en que la dinámica institucional, el sistema legal y las prácticas terapéuticas coadyuvan para alcanzar ese resultado, no bastan para explicar su ya larga persistencia y continuidad, ni pueden ser presentadas como sus determinantes últimos. Efectivamente, este planteo impone la pregunta acerca de qué actores sociales han implantado



y defendido este mandato a lo largo del siglo más allá del sistema institucional en sí. Por una parte, sobre los médicos y sus socios -los otros estamentos de profesionales de la salud- recaer una cuota de poder en tanto se constituyen como técnicos idóneos para subsanar situaciones consideradas como problema ajeno a la incumbencia de la población general. Pero queda por considerar quiénes les han delegado el poder para contar con tales atribuciones.

Para empezar, el vínculo con la oligarquía agro-exportadora permitió a los médicos de todas las especialidades desarrollarse en el espacio del hospital público. Desde la década de 1880 y en especial a principios del siglo XX, dicho vínculo permitió expandir el espacio hospitalario donde los médicos ejercerían su poder. Análogamente a lo que en forma más restringida sucedió en salud mental, el costo de esta transacción fue desistir de la utopía del higienismo para sostener un sistema de salud netamente asistencial (Kohl, 2006, p. 105-128). Los hospitales en la ciudad de Buenos Aires, donde los médicos comenzaban a desplegar la medicina asistencial fue desde entonces la base de su hegemonía.

No obstante, esta respuesta no alcanza tampoco a explicar la totalidad de la cuestión desde el momento en que la oligarquía no sostuvo su poder en forma lineal y continua durante todo el período estudiado y en cambio, los médicos sí. En un país de grandes discontinuidades, estos designios subsistieron junto con sus ejecutores en el marco de gobiernos de todo signo. En realidad, más allá de todos los factores hasta aquí presentados, el arraigo más firme de las prácticas de aislamiento surgió de la cultura sanitaria de la población, que a través de los valores que comenzó a recrear a principios de siglo cuando -digamos- pasó de los conventillos a los barrios, convocó a ese asistencialismo en el cual nos posicionamos los médicos y que constituyó el cimiento mismo de nuestra hegemonía. En los conventillos había primado la vida en común y la valoración de la resolución de los problemas cotidianos en forma solidaria. Allí, la dimensión de la enfermedad que más preocupaba era su *espacialidad*, es decir, la relación de la enfermedad con espacios considerados insalubres: el taller, el cabaret, el prostíbulo. Evaristo Carriego en su poema titulado *Residuo de Fábrica* expresa que a la protagonista: "el taller la enfermó" (Carriego, 1908). Y en *La Queja* insiste con el taller y agrega otros espacios: "...desde el sombrío taller primero... ascendió toda la suave escala... el tren lujoso, los bar de moda... de peregrina de los burdeles... a solas, hoy, en el cuarto donde se muere..." (Carriego, 1908). En definitiva, se trata de la misma perspectiva asumida por el anarquismo cuando postulaba que resultaba "...imposible mejorar la existencia de los pobres que se mueren de tisis sin el advenimiento de un nuevo modo de ser de la sociedad," (Armus, 1996, p. 114).

A medida que los habitantes de los conventillos y otros inmigrantes -o sus hijos- accedían a la vivienda propia y comenzaban a desplazarse hacia los barrios más alejados del centro, cambiaban las características de su sociabilidad y desarrollaban una identidad diferente a la que hasta entonces habían mantenido. Signada la nueva escala de valores por las



aspiraciones de ascenso social, pasaron a privilegiar el propio yo y a definir la realidad desde él. Desde esa peculiar perspectiva, la característica de las enfermedades que más preocupaba fue su *contagiosidad*. Sobre todo porque la tuberculosis era la enfermedad más temida en la época y junto con las venéreas constituían la representación más significativa de lo que genéricamente, era la Enfermedad. Es decir, la enfermedad se tornaba importante en la medida en que perjudicara a la persona individual y pudiera difundirse a otros. El individualismo pasó a situarse en primer plano y en principio rector a partir del cual se interpretaba la realidad en su totalidad. En amplios sectores de la clase media prevaleció el valor del individuo y de su propiedad material. Cuando menciono la propiedad me refiero además de las pertenencias materiales, al propio cuerpo, la propia salud y hasta *la propia enfermedad*. Era en la perspectiva fundada en estos valores donde aparecía la importancia de contar con instituciones que se ocuparan de quienes se encontraban enfermos. En ellas se delegaba la responsabilidad de tratar con los afectados pero sobre todo, de aislarlos a los efectos de que no contagiaran a los sanos. Los otros aspectos de las enfermedades quedaban situados en un segundo plano, entre ellos, el que más les había importado a quienes guardaban una sensibilidad más cercana a la de los habitantes de los conventillos: el hecho de que las enfermedades arraigaban en problemas sociales, políticos y culturales y de ninguna manera podían ser confinadas en la individualidad del enfermo.

Existen testimonios de este proceso. En particular, podemos fijarnos qué dice al respecto Florencio Sánchez en su sainete *Los Derechos de la Salud*. Allí su voz delata la urdimbre de la trama siniestra de la exclusión en torno de la madre tuberculosa de una familia perteneciente a la naciente clase media porteña. El autor –también él afectado por la enfermedad– compone el relato desde el recuerdo de otros valores diferentes (la obra es de 1913) y articula su protesta contra la nueva concepción de la enfermedad desde el discurso de la protagonista. Hace hablar a la afectada en tercera persona: “Luisa está condenada, está tísica; su mal es incurable, y lo que es peor, contagioso. Y ya que no podemos salvarla, hay que salvar a los niños; tenemos que salvarnos todos”. Continúa más adelante: “Se que he perdido todos los derechos de la vida. Que no puedo ser madre, ni esposa, ni amiga... Me separan de mis hijos para que no los envenene con mis besos” (Sánchez, 1913, p. 49). Tanto él como Carriego dieron cuenta –cada uno a su manera– del compromiso de los criterios de salud con lo social o lo político y expresaron a su vez, bajo el dramático signo de su propia enfermedad a la cultura porteña más general. No obstante, con el transcurso del siglo XX las únicas representaciones subsistentes acerca de la salud y más aun, acerca de la enfermedad, fueron las divulgadas por los médicos. El tango adoptó una posición pasiva con respecto a estos profesionales y se limitó a repetir su lenguaje y a admirarlos. Basta con leer algunos títulos: “Mano Brava”, “Mano de Oro”, “Pulso Firme”, “¡Qué Muñeca!”, “Ojo Clínico”, “El Rey del Bisturí”,



“Caso Grave”, “Pa’ la Guardia”, “La Inyección. Tango intramuscular”, etc. (Alposta, 1986, p. 63-96). Escasean desde entonces las representaciones acerca de la salud y la enfermedad ajenas a la óptica hegemónica. Sólo subsisten algunas vinculadas al antiguo higienismo, que se encuentra postergado y en general ya no da lugar a prácticas sociales y sanitarias trascendentes.

Para encontrar una opinión diferente a la hegemónica y que además procure restituir a la salud los aspectos sociales, políticos y culturales de los que ésta la había desvinculado, tendremos que esperar hasta la llegada del peronismo. Tiene lugar entonces una experiencia sanitaria polifacética que culmina en la posibilidad de resignificar la concepción vigente de la salud. En 1947, la Organización Mundial de la Salud había establecido y divulgado su propia definición, en la cual basaba los programas que prescribía para los diferentes países del mundo. Pronunciarse al respecto implicaba para el peronismo una forma más de reafirmar la posición política de independencia con respecto a los designios imperialistas de Rusia y E.U.A. De este modo, en el mismo año en que la O.M.S. definía a la salud como “un completo estado de bienestar bio-psico-social y no sólo ausencia de enfermedad”, Ramón Carrillo -el primer Ministro de Salud Pública de la Nación- exponía en los siguientes términos su propia definición en el contexto de la reunión inaugural del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud:

“La salud no es, en sí misma y por sí misma el bienestar, pero sí es condición ineludible del bienestar. No es, pues, un fin, sino un medio y, en el mejor sentido, un medio social. Porque no se trata de asegurar la salud para un goce más o menos epicúreo (sensualista) de la vida, sino para que el hombre se realice plenamente como ser físico, intelectual, emocional y moral, afianzando su conquista del medio exterior y su propio dominio interior.” (Carrillo, 1951, p. 404).

Así concebida, la salud resultaba reintegrada a una totalidad cosmovisional, en solidaridad con un conjunto de valores que la vinculaban nuevamente a lo social, lo político y lo cultural. Pero esto había sido posible sobre la base de una experiencia histórica que abrió nuevamente, reactualizándola, esa perspectiva que se encontraba perdida desde hacía ya varias décadas.

La experiencia histórica que había permitido alcanzar esta concepción de la salud se sustentaba en una base humana de valores diferentes a la que convalidaba el modelo médico hegemónico. Se trataba principalmente de habitantes del conurbano cuya residencia allí databa en general de los últimos diez años, donde habían migrado desde el interior del país buscando aprovechar las posibilidades laborales creadas en ocasión del acelerado proceso de industrialización en curso. Ellos conformaron el sustrato humano que reactualizó los valores



reflejados en la nueva concepción de la salud. Esta perspectiva sanitaria fue abandonada cuando después del golpe de 1955 pasaron a gobernar nuevamente los sectores políticos que sustentaban una concepción solamente asistencial de la medicina.

Al año siguiente de haber vuelto al gobierno -en 1974-, en el marco de su *Modelo Argentino de Proyecto Nacional* (Perón, 1988, p. 137), en lugar de referirse a la salud Perón demostraba especial preocupación por la enfermedad. Decía así:

“Me parece evidente que la indebida utilización de [los] mecanismos de difusión cultural enferman espiritualmente al hombre, haciéndolo víctima de una patología compleja que va mucho más allá de la dolencia física o psíquica. Este uso vicioso de los medios de comunicación masivos implica instrumentar la imagen del placer para excitar el ansia de tener. Así la técnica de difusión absorbe todos los sentidos del hombre, a través de una dinámica de penetración y la consecuente mecánica repetitiva, que diluyen su capacidad crítica.

En la medida en que los valores se vierten hacia lo sensorial, el hombre deja de madurar y se cristaliza en lo que podemos llamar un ‘hombre niño’, que nunca colma su apetencia. Vive atiborrado de falsas expectativas que lo conducen a la frustración, al inconformismo y la agresividad insensata. Pierde progresivamente su autenticidad, porque oscurece o anula su capacidad creativa para convertirse en pasivo fetichista del consumo, en agente y destinatario de una subcultura de valores triviales y verdades aparentes.”

Perón veía la enfermedad a la que se refería como la consecuencia de la lucha entre el imperialismo y ese mismo pueblo que le había dado el poder, el cual se encontraba recreando una subcultura en vez de reactualizar la propia cultura. El posicionamiento del presidente y líder poseía el sentido de una convocatoria y como tal, privilegiaba la exhibición del espectáculo del mal denunciado postergando provisoriamente la formulación de una respuesta. Según allí hacía explícito, la respuesta debía ser el resultado de una tarea: la tarea de confeccionar un proyecto nacional de liberación que debería surgir “de lo que los intelectuales formulen, lo que el pueblo quiera y lo que resulte posible realizar”. Por este camino nuevamente quedaba vinculada la concepción de la salud *posible* a sus condicionantes supraindividuales. La enfermedad, por su parte, se tornaba nuevamente objeto de la incumbencia de toda la población y no sólo ni principalmente de los afectados y de sus guardianes, los médicos.

Luego de muerto Perón ese mismo año, los principales intentos de reintegrar a la comunidad la responsabilidad sobre sus enfermos tuvieron lugar en el marco de agrupamientos no vinculados al gobierno. Se abre aquí un campo de ricas historias de esa Argentina secreta, en gran medida apartada de los medios de difusión de masas y muchas veces incompatible con



las estructuras organizadas desde el Estado. Allí tuvo lugar un modo de entender la salud mental arraigado en aquella “América profunda” de la que nos hablara Rodolfo Kusch donde muchos aspectos de nuestras vidas e incluso la salud y la enfermedad cobran un sentido diferente. No obstante, tampoco ellas han transformado la cultura aislacionista cuyo circunstancial exponente es en la actualidad el conjunto de las instituciones de salud mental.



## Bibliografía

- Alposta, L. (1986). *El lunfardo y el tango en la medicina*. Buenos Aires: Torres Agüero Editor.
- Armus, D. (1996). Salud y anarquía: la tuberculosis en el discurso libertario argentino, 1870-1940. En M. Cueto (Ed.), *Salud, cultura y sociedad en América Latina* (pp. 111-133). Lima: IEP-OPS.
- Armus, D. (2007). *La ciudad impura*. Bs. As.: Edhasa.
- Cabred, D. (1894). Proyecto de creación de una colonia de alienados de puertas abiertas. *La Semana Médica*. Tomo I, 72-84.
- Cárdenas, E. (1983). *Comentario a la Ley 22.914*. Bs. As. B. O. 6.12.82
- Carriego, E. (1908). *Misas herejes*. Bs. As.: Editorial Claridad.
- Carriego, E. (1908). *Misas herejes*. Bs. As.: Editorial Claridad.
- Carrillo, R. (1951). *Contribuciones al conocimiento sanitario*. Bs. As.: Ministerio de Salud Pública de la Nación.
- Cetrángolo, A. (1945). *Treinta años cuidando tuberculosos*. Bs. As.: Librería Hachette.
- Coni, E. R. (1919). Buenos Aires caritativo y previsor. *La Semana Médica*, año XXVI (14), 342-345.
- Dellacasa, C. y Montagne, E. (1998). Ecos de las Mercedes: el órgano de la chifladura. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina* (4), 3-8.
- Foucault, M. (1967). *La locura en la época clásica*. México, D. F.: FCE.
- Gache, S. (1881). *El estado mental de la sociedad de Buenos Aires*. Bs. As.: Anales del Círculo Médico.
- Ingenieros, J. (1920). *La locura en la Argentina*. Bs. As.: Cooperativa Editorial Limitada.
- Klappenbach, H. (1999). El movimiento de la higiene mental y los orígenes de la Liga Argentina de Higiene Mental. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 10, 3-17.
- Kohl, Alejandro. (2006). *Higienismo argentino. Historia de una utopía*. Bs. As.: Dunken.
- Malamud, M. (1972). *Domingo Cabred. Crónica de una vida consagrada a luchar por la atención médico-social de los argentinos*. Bs. As.: Ministerio de Cultura y Educación.
- Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina. (1948) *Resolución D 6180-48*. Argentina.
- Orozco, A. y Dávila, V. (1994). Mujeres alienadas en la Argentina: una loca historia. *Todo es Historia*, 324, 8-19.
- Perón, J. D. (1988). *Modelo argentino de proyecto nacional*. Bs. As.: Ed. Cruz del Sur.



Recalde, H. (1997). *La salud de los trabajadores en Buenos Aires (1870-1910)*. Bs. As.: Grupo Editor Universitario.

Sánchez, Florencio. (1913). *Los derechos de la salud*. Bs. As.: Ediciones Argentinas Cóndor.

Schiappa Pietra, J. (1992). *Trabajos en salud mental*. Río Negro.: Fondo Editorial Fundación Valle Nuevo.

*Sociedad de Beneficencia de la Capital. Su origen y desenvolvimiento 1823-1923*. (1913). Tomo II. Bs. As.: Estab. Tip. M. R. Giles

## Notas

Una versión preliminar de este trabajo fue presentado en el III Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad en Argentina y América Latina. 31 de julio y 1º de agosto de 2008, Santa Rosa, La Pampa. No existen intereses comerciales que puedan ocasionar conflictos de interés en relación con el trabajo.